

ONTARIO ATTORNEY GENERAL LAW LIBRARY



00066851

MINISTRY OF THE  
ATTORNEY GENERAL  
LAW LIBRARY

COMMITTEE REPORT TO THE ATTORNEY GENERAL:

SHAKEN BABY DEATH REVIEW

BY

THE HONOURABLE JUSTICE DONALD A. EBBS OF THE  
ONTARIO COURT OF JUSTICE

MARCH 14, 2011

RA  
1063.4  
O57  
2011  
c.1

RA Ontario. The "Shaken Baby" Death  
1063.4 Review Committee  
O57 Shaken baby death review :  
2011 Committee report to the Attorney  
c.1 General

RA Ontario. The "Shaken Baby" Death  
1063.4 Review Committee  
O57 Shaken baby death review :  
2011 Committee report to the Attorney  
c.1 General

MINISTRY OF THE  
ATTORNEY GENERAL  
LAW LIBRARY

**COMMITTEE REPORT TO THE ATTORNEY GENERAL:**

**SHAKEN BABY DEATH REVIEW**

**BY**

**THE HONOURABLE JUSTICE DONALD A. EBBS OF THE  
ONTARIO COURT OF JUSTICE**

**MARCH 14, 2011**



Digitized by the Internet Archive  
in 2017 with funding from  
Ontario Council of University Libraries

[https://archive.org/details/mag\\_00066851](https://archive.org/details/mag_00066851)

## **COMMITTEE REPORT TO THE ATTORNEY GENERAL: SHAKEN BABY DEATH REVIEW**

### **OVERVIEW:**

*“The tragedy of a child who dies unexpectedly in suspicious circumstances has many victims.”<sup>1</sup>*

On December 2<sup>nd</sup>, 2008, following the release of Mr. Justice Stephen T. Goudge’s *Inquiry into Pediatric Forensic Pathology Report* (hereafter the “*Goudge Report*”), the Attorney General of Ontario announced a review of pediatric head injury cases that resulted in criminal convictions based on evidence of abusive head trauma, specifically “shaken baby syndrome” and “shortfall” cases. The overarching principle of this review is to ensure and enhance public confidence in pediatric forensic pathology and its future use in the criminal justice system; the objective is to advise the Attorney General of concerns relating to the soundness of criminal convictions involving this specialized scientific knowledge, in light of today’s understanding of the evolving science.

The Attorney General assembled a Committee of medical and legal experts to conduct the review, led by the Honourable Justice Donald A. Ebbs, of the Ontario Court of Justice. The other members of the Committee are:

- Dr. Michael Pollanen, Chief Forensic Pathologist of Ontario
- Dr. Dirk Huyer, Regional Supervising Coroner, Office of the Chief Coroner of Ontario
- Marie Henein, Senior Defence Counsel
- Mary Nethery, Senior Crown Attorney and Director – Justice Excellence.

The genesis of this review was the recognition of an evolution in pediatric forensic pathology in relation to pediatric head injuries. In the past, a specific pattern of neurological observations alone was considered to be diagnostic of inflicted or abusive head injury, a diagnosis that played an important role in criminal trials. Medicine, however, is not static or frozen in time, as medical science continues to evolve following new discoveries, technological advances and scientific research. This evolution, particularly in this area, has led to increased knowledge and to recognition that previous medical views or diagnoses may need to be reviewed.

---

<sup>1</sup> The Honourable Stephen T. Goudge, *Report on The Inquiry Into Pediatric Forensic Pathology in Ontario*, Volume 1, page 4.

Given the task at hand, this review rested on both current medical and legal knowledge. The composition of the Committee, with its members drawn from both disciplines, represented an example of a criminal justice system willing to examine itself in order to take action against potential wrongful convictions. The review was designed to identify cases where the pathology evidence relied on at trial would be considered questionable in light of current scientific knowledge. The Committee's function involved the analysis of whether this evidence, would now be viewed as questionable, was sufficiently important to the case to raise a significant concern that the conviction may be unreasonable.

The Committee commenced its review with 129 cases. Initial triaging by the Committee resulted in the exclusion of 81 cases on the basis of duplications or cases that did not result in criminal convictions, or otherwise did not fit within the mandate of this review.

The resulting 48 cases were examined by the Committee. In many of these cases, the medical evidence relating to head trauma was fundamental to the conviction. The Committee reviewed the medical and non-medical evidence in each case in order to properly assess whether the evolution in medical science could have an effect on the ultimate outcome of the case.

The Committee will provide legal advice to the Minister on each of these 48 cases. Many of the cases did not raise concerns about the soundness of the conviction because the change in the science of shaken baby syndrome or shortfall cases would have had no impact on the conviction. Examples include: fractures to the skull and/or other parts of the body, multiple contemporaneous injuries revealing a clear pattern of abuse, death occurred during the course of sexual abuse, and eye witness testimony of abuse.

The Committee concluded that 13 of the 48 cases required further medical evaluation. Nine of the 13 convicted persons consented to a further medical review of their case. The Committee was unable to locate one person. Out of an abundance of caution, this matter was also referred for medical review. These ten cases were referred to a group of internationally renowned medical experts (*referred to in the body of this document as the International Medical Panel or "IMP"*). These experts attended in Toronto, Ontario, in March 2010, spending two weeks together examining each of the ten cases. Their task was to determine whether or not there were concerns with respect to the medical evidence relied on at the time of trial. The results of their collective expertise are recorded in case-specific medical reports. The Minister will receive these reports, as will each of the ten convicted persons with respect to their individual cases.

The Committee reviewed the ten medical reports prepared by the IMP together with the medical evidence relied on at the time of trial, in the context of the facts and circumstances in each case. Based on the Committee's review and analysis, it has advised the Minister of concerns in four of the ten cases.

The Committee has not made any final determination in relation to the safety of the convictions in the cases it has examined. It will be up to the Attorney General to determine what, if any, further action should be taken in light of these findings. As well, each convicted defendant must decide for him or herself whether or not to take the matter further.

This Report, prepared by the Committee at the request of the Attorney General for Ontario, discusses the process adopted by the Committee from inception to conclusion, and summarizes the results of the review. The Committee hopes that this review will assist in restoring public faith in the use of medical science in the criminal justice system.



## **The Role of this Committee**

The Committee was comprised of Mr. Justice Donald Ebbs, Formerly Associate Chief Justice of the Ontario Court of Justice; Dr. Michael Pollanen, Chief Forensic Pathologist for the Province of Ontario; Dr. Dirk Huyer, Regional Supervising Coroner for the Regions of Peel, Halton and Counties of Simcoe and Wellington; Marie Henein, Senior Criminal Defence Counsel and President of the Advocates' Society; and Mary Nethery, Director of Justice Excellence and Senior Crown Attorney. All of these individuals are senior, respected members of their disciplines.

**Mr. Justice Donald Ebbs** is a Per Diem Judge of the Ontario Court of Justice. Justice Ebbs is the former Associate Chief Justice of the Ontario Court of Justice. Justice Ebbs was also Regional Senior Justice of the West Region. He has presided over numerous criminal cases since 1983. He brought sound judgement and the skills of an arbiter to the Committee.

**Dr. Michael Pollanen** completed postgraduate training in anatomical and forensic pathology and became a Fellow of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada in 2003 by examination in Anatomical Pathology (FRCPC). He was appointed as member (MRCPath, 2001) and later fellow (FRCPath, 2009) of the Royal College of Pathologists of the United Kingdom by published works and gained specialty qualification in forensic pathology, the Diploma in Medical Jurisprudence (Pathology) in 2002 [DMJ(Path)]. In 2006, he was appointed the Chief Forensic Pathologist in Ontario. Dr. Pollanen is an associate professor at the University of Toronto. He is the Founding Program Director of both the Forensic Pathology Residency, and the Centre of Forensic Science and Medicine, at the University of Toronto. Dr. Pollanen is a member of the Royal College of Physicians and Surgeons specialty committee on forensic pathology. He has acted as a consultant in forensic pathology to national and international organizations including the United Nations, Canadian International Development Agency, the International Criminal Court, and non-governmental human rights organizations.

**Dr. Dirk Huyer** is a medical doctor with expertise in child maltreatment. Dr. Huyer has been a coroner for the province of Ontario since 1992. He has been involved in over 5000 coroner's investigations including many deaths in children. He is the Regional Supervising Coroner responsible for deaths that are investigated in the Regions of Peel, Halton and the Counties of Simcoe and Wellington. He has additional specific expertise in the medical evaluation of child maltreatment, with a previous appointment on the Suspected Child Abuse and Neglect (SCAN) Program at the Hospital for Sick Children. He is the current Chair of the Office of the Chief Coroner Deaths Under Five Committee. Dr. Huyer holds an academic appointment as an Assistant Professor with the Department of Paediatrics at the University of Toronto. Dr. Huyer's ability to interpret clinical files and his comprehensive knowledge of medical practices in Ontario provided important context to the review.



**Marie Henein**, of Henein & Associates, is a senior defence counsel and practices criminal law and regulatory law at all levels of court including the Supreme Court of Canada. Since 1992, Ms. Henein has been an adjunct professor at Osgoode Hall Law School in Evidence and Advanced Evidence and has lectured at numerous professional conferences. She is currently the co-director of the Osgoode Hall Law School Part-time LL.M. Program in Criminal Law. Ms. Henein is the Associate Editor of the Canadian Criminal Cases and co-editor of Martin's Criminal Code, Martin's Annual Criminal Practice and Martin's Related Criminal Statutes. Ms. Henein is the President of the Advocates' Society. She is a member of the Regional Committee for Ontario of the Supreme Court Advocacy Institute and a Fellow of the American College of Trial Lawyers. Ms. Henein, well known for her effective advocacy skills and exceptional ability to analyze legal issues, provided an essential component to the Committee.

**Mary Nethery** is Director of Justice Excellence and a senior Crown Attorney with the Ministry of the Attorney General. Ms. Nethery has extensive experience in the Crown system as her practice has included significant trial and appellate work. More recently, she was appointed the Director of the Criminal Law Policy Branch and was responsible for providing policy advice to approximately 900 Crowns. As Director of Justice Excellence, Ms. Nethery has been responsible for the administration of a number of projects within the Ministry to identify and prevent wrongful convictions. Before joining the Crown Attorney System, Ms. Nethery was the partner in a law firm that was a general law practice. Ms. Nethery, known for her strong legal ethics and fair prosecution style, ensured that all evidence, scientific and non-scientific, was pressed to its legitimate strength.

Together, Ms. Nethery and Ms. Henein provided criminal law expertise from both a prosecution and defence perspective.

### ***Acknowledgements:***

The Committee would like to thank the following people for their assistance on this project:

Alex Smith, Mary Ellen Cullen, Paul Amenta, Celia Lindo-Butler, Lisa Joyal, Karen Shea, Marcie Henschel, a group of experienced and motivated counsel who formed part of the work team that reviewed each of the cases involved in this review.

Detective Sergeant Mark Gauthier of the Ontario Provincial Police, whose experience and investigative skills greatly assisted the Committee.

Ms. Earlene Marry, whose significant administrative skills and support throughout each stage of this review was essential to the process.

Ms. Mary Ellen Hurman and Ms. Ava Arbuck, whose contribution and dedication to this project were invaluable.

## **INTRODUCTION:**

“Shaken Baby Syndrome” (SBS) describes a head injury in an infant or young child believed to be caused by shaking. For decades, a diagnosis of SBS was the only evidence required to demonstrate the cause of death, the mechanism of death (shaking), and the perpetrator (the last person with the infant). In recent years, the premise underlying the diagnosis of SBS has come under scrutiny as the medical community has begun to question the validity of the diagnosis itself and has looked to other causes of the triad of findings. In response to the emerging medical controversies, scientific articles, reviews and the popular media have highlighted concerns about criminal prosecutions based on a diagnosis of SBS.

In Ontario, the *Goudge Report* recommended a review of SBS cases because of the evolution in science and the controversies in this area. The recommendation was based on advice from a number of experts who testified at the *Goudge Inquiry*. In the United Kingdom, a review of SBS cases has already occurred, and a body of case law has developed. Both the U.K. experience and the *Goudge Inquiry* recommendations have informed this review of Ontario cases.

Recent research and clinical studies in the medical community as to how to interpret the “triad” of findings have led to a change in science in relation to pediatric head injury cases. The issues have not yet been resolved, and will continue to evolve as scientific knowledge progresses. Therefore, it seems reasonable that in a case involving a diagnosis of SBS today, other medical and non-medical evidence must be examined in order to determine the medical cause of death and, ultimately, to determine whether it is possible to discern how the injuries occurred.

## **MEDICAL – GENERAL:**

*“Justice is served when we are open to considering well-grounded research, even when it challenges long-established theories.”<sup>2</sup>*

Child abuse by a parent or caregiver is an unfortunate component of our society. Physical abuse, a leading cause of serious head injury in infants, can lead to death. In most fatal cases, head injury is recognized by the presence of subdural and retinal hemorrhages. Often there are associated injuries including bruising to the head and/or body, and/or rib or limb fractures that reveal clear and usually contemporaneous signs of abuse.

---

<sup>2</sup> Kelly R. and Bravos Z. A Critical Look at the Shaken Baby Syndrome. *Illinois Bar Journal*. Vol 97 #4 (April 2009).

However, in some pediatric deaths resulting from a head injury, there are no other injuries or external signs of abuse on the body. In these cases, the medical evidence usually consists of three findings:

- (i) subdural hemorrhages (typically, a thin layer-of blood over the surface of the brain in the space between the brain and skull);
- (ii) retinal hemorrhages (bleeding within the back part of the eye), and
- (iii) hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) (low oxygen injury to the brain that causes swelling).

SBS has been defined by the presence of the constellation of these three medical findings (characterized in the United Kingdom as the “triad”) that indicate head injury in a child caused by violent shaking. Medical studies have consistently corroborated the view that shaking and/or head impacts can cause these findings. With head impact, there may be different medical findings. For example, the subdural hematoma may appear as a large collection of blood rather than the thin layer described above.

At the same time, some experts have questioned the scientific basis for SBS, opining that limitations of previous medical studies raise concern about its validity. Findings in some studies have disputed the presumption that the triad represents conclusive proof of inflicted injury by manual shaking. The diagnosis of SBS has become the focus of significant controversy and debate.

### **SHAKEN BABY SYNDROME:**

Shaken baby syndrome (SBS) provides a possible medical diagnosis and an explanation for the constellation of the three findings described above. For decades, it has been understood as a severe form of head injury caused by shaking an infant or child with sufficient force to cause the child’s brain to forcibly move back and forth, striking the inside of the skull. The forces generated cause damage to the brain and to the blood vessels around the brain. Veins that extend from the brain to vein channels associated with supporting structures and the skull (bridging veins) are torn, causing bleeding on the surface of the brain (subdural hemorrhage). While the exact mechanism that causes retinal hemorrhages has not been determined, experts have theorized that these hemorrhages arise directly from the forces generated. The third component, which is low oxygen injury to the brain (HIE), is discussed in the section entitled, “Mechanism of Injury”, infra.

These cases are often difficult to assess, treat, and diagnose, given the lack of any visible finding of injury on the external aspect of the body, including the head. Head injuries may be overlooked, especially given that many of the symptoms



associated with SBS are similar to those that occur with other illness such as viral illness. Children with head injuries may demonstrate a range of symptoms including mild irritability and fussiness, poor feeding, vomiting, lethargy, seizures, breathing difficulties, respiratory distress, coma and, in some cases, death. Clinical studies have demonstrated that vigorous shaking can cause permanent disability including blindness, paralysis, mental disorders, seizure disorders, growth and development problems.

### **HISTORY OF THE DIAGNOSIS “SHAKEN BABY SYNDROME”:**

In the 1970s, the theory of “shaking” was advanced to explain the triad of findings when found in infants and children with no apparent outward signs of abuse. British neurosurgeon Dr. A. N. Guthkelch hypothesized that the repeated manual shaking of an infant, without any impact to the infant’s head, could result in subdural hematomas.<sup>3</sup> American pediatric radiologist Dr. J. Caffey suggested that the associated findings of subdural hematoma and retinal hemorrhages could provide sufficient diagnostic criteria to conclude abuse.<sup>4</sup> By 1974, Dr. Caffey had coined the phrase “whiplash shaken infant syndrome”, and the clinical diagnosis was born.

Since that time, SBS has been widely accepted as a clinical diagnosis for inflicted head injury in infants. It is considered specific to young children, given their unique anatomic features. As a result, the majority of children diagnosed as suffering from SBS are less than one year of age.

### **LEGAL CONSEQUENCES:**

The clinical diagnosis of SBS has resulted in far-reaching legal implications across North America and the United Kingdom as well as other jurisdictions. In the absence of witnessed abuse or external injuries suggestive of abuse, if the constellation of findings felt to be specific for SBS is present and the caregiver cannot provide an acceptable explanation for the child’s condition, the caregiver often was charged with and convicted of shaking the infant.

Medical experts have testified that the force necessary to cause head injury by shaking was extremely violent and abusive, such that the perpetrator would be

---

<sup>3</sup> Guthkelch AN. Infantile Subdural Haematoma and its Relationship to Whiplash Injuries. *British Medical Journal* 2, 430-431 (1971). He proposed that whiplash injury caused subdural hemorrhages in infants by tearing the veins in the subdural space.

<sup>4</sup> Dr. Caffey J published three papers: The Parent-Infant Traumatic Stress Syndrome. *Am J Roentgen* 1972;114:217-228; On the Theory and Practice of Shaking Infants. *Am J Dis Child* 1972; 24:161-169; and, The Whiplash Shaken Infant Syndrome: Manual Shaking By the Extremities With Whiplash-Induced Intracranial and Intraocular Pleadings, Link with Residual Permanent Brain Damage and Mental Retardation. *Pediatrics* 1974;54:396-403. Dr. Caffey’s work described the radiologic and clinical features attributed to shaking injuries.

aware it was injurious. In addition, it was believed that there would be immediate and obvious signs of deterioration in the infant. This conclusion led both the medical and legal community to presume that the last person with the child when the deterioration occurred was the person who caused the injury. The presence of the triad, therefore, has been understood to establish beyond a reasonable doubt that the last person with the baby before deterioration occurred must have shaken the baby forcefully, causing fatal injury to the baby's brain. For years, the medical consensus on this issue was overwhelming.

### **PROGRESSION OF MEDICAL SCIENCE:**

Medicine is not a static field. Medical science continues to evolve following new discoveries, technological advances and scientific research. This leads to increased knowledge and may lead to recognition that previous medical views or diagnoses should be questioned or revised. Both pediatrics and forensic pathology are medical subspecialties and therefore have, and will, continue to evolve.

In recent years, the traditional experience-based approach to medical science has shifted towards "evidence-based medicine" standards that require medical professionals to derive their research from methods that are scientific and statistically rigorous. This approach enhances the strength of the scientific findings.

Knowledge about pediatric head injuries has grown over time leading to evolution in the evaluation approach when these findings are present. With enhanced knowledge resulting from research and medical literature, science progresses. This progression may lead to controversies as doubt may arise about previously held opinions. Individual levels of confidence about the significance of certain findings may also be modified.

### ***AREAS OF CONTROVERSY***

#### **MECHANISM OF INJURY:**

Clinicopathologic studies have consistently corroborated the view that shaking and/or head impacts cause subdural and retinal hemorrhages with hypoxic encephalopathy. With additional study, increased understanding has developed about the range of possible mechanisms of how a head injury can occur. Both the type and amount of force have been scrutinized.

Studies have illustrated that the amount of force generated by direct head impact is greater than that generated by shaking alone. Some biomechanical studies

have questioned whether a person would be able to generate adequate force to cause a fatal head injury from shaking alone.

Historically, experts believed that forceful shaking of a child caused diffuse traumatic brain injury. This opinion arose from observations of CAT scan abnormalities and pathologic findings.

Publications of neuropathologic reviews of brain tissue from SBS deaths that utilized specialized microscopic evaluation techniques demonstrated that in a number of the cases the brain injury was representative of low oxygen injury (hypoxic ischemic encephalopathy), in contrast to traumatic (from force application) axonal injury.<sup>5</sup> This finding raised questions about the amount of force required to cause SBS. Diffuse traumatic axonal injury is representative of significant force application, so the absence of this finding suggested the force involved may be less than previously believed. As low oxygen axonal injury was found more often than traumatic axonal injury, another potential mechanism with less significant force was proposed. This mechanism involves injury to the upper spinal cord in the area of the brain that controls breathing. Such injury could cause interruption of breathing and the resultant low oxygen brain injury.

A number of studies involving cases defined as SBS have found, upon review of the medical evidence (e.g. autopsy reports, slides etc), evidence of blunt impact injury to the head. Blunt impact occurs when the body is struck by a blunt (not sharp) object, or the object strikes a blunt surface or object (e.g. descent such as a fall).

Evidence of a blunt impact injury to the head may have been missed, overlooked, or previously considered unimportant. Currently, when evidence of blunt impact injury to the head is found, it often provides clear evidence of traumatic force application.

Controversy around the mechanism of injury in abusive head trauma remains. A number of publications of biomechanical data do not clearly support shaking as a mechanism of injury, but the confessional data does. There are different interpretations of this apparent contradiction. It may be that the experimental models used in the biomedical studies underestimate the magnitude or injurious nature of shaking forces, or, shaking is less important than impact. At the same time, the reliability of perpetrator confessions has been questioned.

Advances in the understanding of the mechanisms of injury has prompted a change in terminology by the American Academy of Pediatrics, with shaken baby syndrome superseded by the term "abusive head trauma" ("AHT").

---

<sup>5</sup> Geddes JF, Whitwell HL, et al. Neuropathology of inflicted head injury in children, I. Patterns of brain damage. *Brain* 2001;124:1290-1298. Geddes JF, Whitwell HL, et al. Neuropathology of inflicted head injury in children, II. Microscopic brain injury in infants. *Brain* 2001;124:1299-1306.



This terminology is controversial. SBS or abusive head trauma may be interpreted to imply a legal conclusion about how the injury or death occurred. The cause of death statement in cases of “abusive head trauma” is often communicated by the forensic pathology field as: “head injury”. Many forensic pathologists believe that this statement allows the trier of fact to make an independent judgement about the circumstances surrounding the death and the medical evidence.

For obvious ethical reasons, there have been no laboratory experiments to evaluate whether manual shaking could be capable of producing brain injury in living infants.

Given the scientific controversies surrounding a diagnosis of SBS, judicial opinions and a recent statement by the Royal College of Pathologists (U.K.) have concluded that the constellation of the three findings (triad) is a strong pointer to mechanical trauma, potentially including vigorous shaking, but should not be regarded as absolute proof of traumatic head injury in the absence of any other corroborative evidence.<sup>6</sup> This position reflects the current state of medical knowledge.

### **TIMING OF THE INJURY:**

Experience and study have enhanced knowledge about the clinical presentation of a child following a traumatic head injury. At times in the past, the sudden collapse or death of a child has been interpreted as the time of injury.

If present, diffuse traumatic axonal (brain) injury would be expected to result in immediate or rapid unconsciousness. In some cases of SBS, traumatic axonal injury representative of direct force application is present. It is more likely, however, that brain damage in SBS results from low oxygen (hypoxic ischemic encephalopathy) secondary to traumatic force application. Hypoxic ischemic encephalopathy will be accompanied by varying clinical presentations, i.e. the child may not develop immediate unconsciousness.

While the child will not be completely normal following traumatic head injury, there may be a variety of symptoms, a number of which may be vague and non-specific, limiting the ability to recognize the presence of a traumatic head injury. Studies have demonstrated that the diagnosis of traumatic head injuries in children, particularly in young infants when presenting with vague symptoms, has been missed as the symptoms were attributed to a variety of other causes.

---

6. *R. v. Harris et al* [2005] EWCA Crim 1981 at para. 70; The Royal College of Pathologists. Report of a Meeting on the Pathology of Traumatic Head Injury in Children. December 10, 2009, at page 11.

The potential exists, therefore, for hours or potentially days to pass between the injury event and loss of consciousness/ collapse. This interval, during which the baby appears “lucid” (appears to be functioning on some level), reduces the ability to pinpoint the timing of the injury and contradicts the belief that a baby will become unconscious immediately after having been shaken vigorously, a belief relied on previously to identify the perpetrator as the person with the baby at the time of collapse.

### **MIMICS:**

Over time there has been increased recognition that other disease processes may mimic the findings described in cases thought to be traumatic head injuries.

It is well documented that inherited and acquired bleeding disorders can result in subdural and retinal hemorrhage that mimic abusive head injury. In addition, a wide range of disorders or conditions can result in neuropathologic features that are similar to abusive head injury; for example, subdural hemorrhage has been identified through medical publication.

The following non-exhaustive list includes potential alternative causes for findings previously attributed to shaking:

- accidental trauma;
- abnormalities of blood vessels;
- medical or surgical interventions;
- prenatal, perinatal, and pregnancy-related conditions;
- birth trauma;
- metabolic, genetic, oncologic, or infectious diseases;
- congenital malformations;
- autoimmune disorders;
- clotting disorders
  - easy bleeding (hemophilia, clotting factor deficiency)
  - thrombi (clots) in the vein channels surrounding the brain (venous thrombosis);
- effects of drugs, poisons, or toxins;
- other, not-yet discovered, natural causes.

Currently, the diagnostic approach utilized when children present with the constellation of findings includes careful clinical and pathologic evaluation with consideration of, and testing for, potential mimics.

**REBLEEDING:**

Certain conditions may make children vulnerable to injury. One example is the potential of repeat episodes of bleeding into areas of previous bleeding; including birth related bleeding, in the space around the brain. Some have proposed that a child may have suffered bleeding from a medical cause or traumatic injury and that this episode could predispose the child to additional bleeding at a later time, potentially leading to death.

**SHORT FALLS:**

For many years, medical experts believed and provided testimony that it would take a fall from a multi-story building to generate sufficient force to cause the constellation of findings and death as seen in SBS cases.

Therefore, when a short fall was provided as the explanation for the constellation of findings the medical community rejected it as untenable, supporting the belief that the injuries resulted from abusive shaking. Published literature demonstrated that children rarely died from falls, even those of significant height.

Currently, it is recognized that accidental falls with the head striking the ground or floor can result in a fatal head injury in infants and children. This is a rare occurrence but includes some short distance falls and falls that occur on stairs. Fatal head injuries can also occur with television -- or other heavy objects -- tipping accidents. In these cases, there is generally a history of an accidental event.

Typically, in accidental head injuries there is evidence of head impact (e.g., scalp bruising with or without skull fractures). In addition, there is often a unilateral space-occupying collection of blood that is located in the subdural space or the epidural space (bleeding in the space between the outer supporting membrane and the skull). Another type of accidental head injury is a crushing head injury.

A short fall explanation must be evaluated in light of current medical understanding.

**RETINAL HEMORRHAGES:**

Retinal hemorrhages have been identified in many different clinical presentations, both with natural illness and traumatic injury events. It has been recognized that characterization of the retinal hemorrhages is important when considering their significance. For example, a small number of hemorrhages may be present in a variety of medical and accidental injury presentations.

Current medical literature supports the proposition that certain patterns of retinal hemorrhages (large number, located in multiple layers of the retinal tissue and extending to the outer edges of the retina) correlate to abusive head trauma.

This finding is significant for many because they believe there is no other known cause for this presentation of retinal haemorrhages. Others, however, caution against this conclusion because the exact mechanism of retinal haemorrhages is, as yet, unknown. While several theories have been suggested, none have been proven.

The uncertainty surrounding the mechanism leads some experts to believe that retinal hemorrhages are not necessarily diagnostic of abuse.

### **CONCLUSION:**

There are a number of areas of controversy surrounding the interpretation of the constellation of findings (triad) associated with SBS. Additional study and research have raised questions about the original theories. Many professionals do not accept the triad as a definitive diagnosis of abuse. However, these experts believe the triad remains a “strong pointer” to abuse. Others believe that the constellation of findings is representative of abusive head trauma.

Each case must be assessed thoroughly, individually and on its own merits. Other possible explanations for the injuries must be considered, including opinions from experts in areas such as neuropathology, child abuse pediatrics, neuroradiology, ophthalmology and biomechanics, before making a final diagnosis.

Science will continue to evolve and, given the enormity of the resulting legal ramifications, the criminal justice system must strive to keep up with developments in scientific knowledge.

### **NOTE ON TERMINOLOGY:**

Taking into account the advances in understanding the mechanisms associated with abusive head injuries, medical professionals in the United Kingdom and the United States have moved away from the mechanistic term “shaken baby syndrome” and have adopted terminology intended to be inclusive of all mechanisms of injury. In the United Kingdom, criminal justice system participants prefer the descriptor “NAHI” – Non-Accidental Head Injury<sup>7</sup> – a term that does

---

<sup>7</sup> The term “NAHI” was adopted by the English Court of Appeal in its judgment in *R. v. Harris et al* [2005] EWCA Crim 1981. In its examination of the accepted hypothesis concerning SBS, the Court of Appeal pointed out that SBS was properly called NAHI (see *Harris*, supra, at para. 56). The recently published



not specify shaking but includes it as well as impact and other non-accidental types of inflicted head injury. The American Academy of Pediatrics (AAP) has adopted the descriptor “AHT” – Abusive Head Trauma – to broaden the terminology to account for the primary and secondary injuries that result from AHT.<sup>8</sup> Specifically, the AAP has recommended the adoption of the term “abusive head trauma” as the diagnosis used to describe the constellation of cerebral, spinal, and cranial injuries that result from inflicted head injury to infants and young children.<sup>9</sup>

Terminology in this report includes references to the “triad”, to “shaken baby syndrome”, to short household falls and to blunt impact trauma, descriptors taken from the case materials examined by the Committee. To the extent possible, the Committee has used the broader term “abusive head trauma” (AHT).

## **THE EXPERIENCE IN THE UNITED KINGDOM:**

On January 19, 2004, Lord Goldsmith Q.C., Attorney General of the United Kingdom, announced his intention to review past cases of infant homicide for potentially unsafe convictions. This review was initiated as a response to issues highlighted by English Court of Appeal in two separate cases involving sudden infant death syndrome (“SIDS”) or cot deaths, *Clark* and *Cannings*.<sup>10</sup> Included in the Goldsmith Review were a number of cases involving convictions related to SBS.

By this time, controversies relating to SBS had surfaced. Three SBS cases identified by Lord Goldsmith were scheduled to be heard by the English Court of Appeal. Therefore, Lord Goldsmith set aside the remaining SBS cases in his review to await the Court’s decision for guidance. In the summer of 2005, after hearing the opinions of 25 medical experts relating to the cause of the injuries found in SBS cases, the Court of Appeal concluded that the “triad” remains a “strong pointer” to, but is not diagnostic of, SBS, and that all of the circumstances including the clinical picture must be taken into account. The Court stressed that each case must be examined based on its own unique facts and circumstances.

---

Legal Guidance on NAHI by the Crown Prosecution Service directs its prosecutors to avoid the term “shaken baby syndrome” because of its emotive connotations and the fact that it does not describe adequately the range of causes of head injuries. See Legal Guidance, “Non Accidental Head Injury Cases (NAHI, formerly referred to as Shaken Baby Syndrome [SBS]) – Prosecution Approach”, January 6, 2011, at page 3.

<sup>8</sup> American Academy of Pediatrics, *Pediatrics*, Vol. 123, No. 5, May 2009, pp. 1409-1411, *Policy Statement* “Abusive Head Trauma in Infants and Children”.

<sup>9</sup> AAP, *Policy Statement*, *supra*.

<sup>10</sup> *R. v. Clarke* [2003] EWCA Crim 1020; *R. v. Cannings* [2004] EWCA Crim 1. The English Court of Appeal overturned the convictions in both cases.

In addition, the Court also acknowledged that in rare circumstances, a short fall could cause serious injury and death (*Harris et al*)<sup>11</sup>.

Following examination of the 89 SBS/AHT cases in light of *Harris*, Lord Goldsmith found 3 cases that could raise concerns as to the safety of the convictions. The majority of the cases examined included additional evidence to support the convictions such as:

- baby was struck against the wall
- admissions to shaking and punching the baby
- earlier fractures
- head injuries on 2 separate occasions
- fractures indicating the baby was squeezed violently

In the three concerning SBS cases, letters were sent to the convicted individual advising that it may be appropriate for the English Court of Appeal and/or the Criminal Cases Review Commission, to consider the case, should any of these individuals wish to take the matter further. The letters stressed that no determination had been made relating to the safety of the conviction, and the Prosecution Service would decide independently whether to contest any appeals.

A number of English Court of Appeal cases have followed the *Harris* ruling, looking to the triad as a strong pointer to non-accidental head injury (NAHI), but not as diagnostic of it without further supporting evidence. Other institutional groups in the U.K. have addressed issues relating to abusive head trauma in an effort to provide medical and legal guidance in this evolving area. In broad brushstrokes, these groups appear to endorse the position approved in *Harris et al*.

(please see Appendix B, “The Experience in the United Kingdom and the United States”, for details.)

## **THE ADVICE OF THE GOUDGE REPORT:**

The *Goudge Report* was delivered on October 1, 2008. In his *Report*, Justice Goudge called for a review of SBS cases in Ontario based on his conclusion that, in light of the evolving science of the cause and mechanism of head injuries, pediatric death cases considered to be the result of SBS or AHT invite scrutiny to ensure that the convictions are sustainable.

Three areas in relation to pediatric head injuries were identified where traditional expert opinion has shifted over the years:

---

<sup>11</sup> *Harris et al* [2005] EWCA Crim 1981.



- i) the predominant view that the triad on its own is diagnostic of SBS no longer holds;
- ii) the predominant view that short falls can never cause fatal injury no longer holds; and
- iii) most pathologists agree that this area of their specialty has become much more controversial than it was in the early or mid-1990s.<sup>12</sup>

The evidence at the *Goudge Inquiry* demonstrated how this area of pathology has evolved over time such that many forensic pathologists now question whether shaking can be diagnosed based on the triad of injuries, while others continue to hold the opposite view, although perhaps less commonly than before. In Justice Goudge's words, forensic pathologists today find themselves "at different places along a spectrum of views about what can and cannot be said about these issues".

Support for this proposition can be found in the decision of *Harris* where the Court characterized the triad of injuries as a "strong pointer" to non-accidental head injury (NAHI), but cautioned against its use as "automatically and necessarily leading to a diagnosis of NAHI".<sup>13</sup> In Justice Goudge's opinion, this conclusion raises questions about whether or when the triad alone can provide the foundation of proof beyond a reasonable doubt.<sup>14</sup> This premise also formed part of the backdrop of the Goldsmith Review.<sup>15</sup>

Justice Goudge also accepted the acknowledgement among medical professionals today that the traditional opinion regarding short household falls – that they could not cause serious injury or death – has moved along the spectrum. The contrary view, which was traditionally rejected outright or considered a fringe opinion, is now acknowledged as a possibility that should be examined in appropriate cases.

With this in mind, Justice Goudge developed Recommendation 143 (see Appendix "A") which provided a helpful roadmap for our review.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> *Goudge Report*, Vol. 3, page 528.

<sup>13</sup> *Harris et al* [2005] WECA Crim 1981, at para. 70.

<sup>14</sup> *Goudge Report*, Vol. 3, page 527.

<sup>15</sup> *The Review of Infant Death Cases, Addendum to Report, Shaken Baby Syndrome* (February 14, 2006).

<sup>16</sup> *Goudge Report*, Vol. 3, page 533-535.

## **PROCESS FOLLOWED IN THE REVIEW:**

This section of the Report outlines the step-by-step process followed by the Committee from inception to completion of the review. Justice Goudge's Recommendation #143, which the Committee followed as closely as possible, provided the framework for the review. Essentially, the review was completed in five phases: (1) development of process and criteria for the review; (2) initial triaging; (3) detailed case analysis; (4) IMP Review; (5) the Committee's final conclusions. Each case was approached individually. Given the uniqueness of each case examined, the Committee adopted a consensus-based approach to accommodate issues as they arose on a case-by-case basis.

The Committee's first task was to establish the terms of reference for the review. To assist, the Committee met with Justice Goudge soon after its formation to hear his ideas and advice about the process he envisioned for a comprehensive and efficient review.

The Committee also met with The Honourable Justice Osborne and members of the Compensation Committee established by the Attorney General, as well as members of Association in Defence of the Wrongfully Convicted (AIDWYC), the Criminal Lawyers Association (CLA), and Crown Law Office--Criminal (CLO-C). The Committee received input from these representative groups at the forefront of the review process. When developing the process for the review, the advice from these individuals and groups was invaluable.

The Committee's mandate was to provide legal advice to the Minister regarding medical issues in relation to abusive head trauma in 129 cases. The Committee did not see its function as similar to that of a court of law. Trial and/or appellate counsel were contacted in some, but not all, cases on the basis of specific questions or issues that arose. The review involved a consideration of available medical and legal material, together with the views of the International Medical Panel.

The Committee developed the Terms of Reference outlined below based on a careful study of the principles in the *Goudge Report*.

## **TERMS OF REFERENCE:**

1. The 142 cases<sup>17</sup> referred to at the *Goudge Inquiry* will be reviewed to determine which resulted in convictions or findings of NCR (not criminally responsible).

---

<sup>17</sup> The number "142" comes directly from the *Goudge Report*, Recommendation #143 (g)(i). (See *Inquiry Into Pediatric Forensic Pathology*, Vol. 3, pages 532, 534).

2. Of these conviction/ NCR cases, a number will have either pathology or non-pathology evidence showing clear findings of abuse, to put the ultimate outcome beyond any reasonable controversy. In order to facilitate the decisions in individual cases, the Committee has developed a set of criteria to categorize cases into groups. This will assist in determining whether there is a significant concern that the conviction was wrongful such that the matter will be referred for external review.
3. The review will include convictions resulting from guilty pleas and trials.
4. The review will not be limited to those cases where the convicted person is still in custody, however, the in-custody cases will be the first priority of the review.
5. The initial review will include materials from Crown Attorneys' offices, the Office of the Chief Coroner, and police files.
6. Cases will only be referred for external review where the convicted person consents.
7. Cases will be referred for external review by forensic pathologists where, in the view of the Committee, pathology evidence was sufficiently important to the outcome of the case that there is a significant concern that the conviction was potentially wrongful. The external reviews should report on the reasonableness of the pathology opinions expressed in these cases in light of current knowledge. It will also be important to review whether or not the court was fairly advised of the extent of the controversy relating to Shaken Baby Syndrome/ Abusive Head Trauma, as it is now understood.
8. The convicted persons should be advised of the results of the external review so that they can determine whether to utilize existing processes available to address individual cases of potential wrongful convictions.
9. The Attorney will be advised of the results of the review.

#### **IDENTIFICATION OF CASES FOR REVIEW:**

Cases resulting in criminal convictions or findings of NCR (Not Criminally Responsible) relating to pediatric head injuries over a 20-year period were reviewed. Specifically, the reviewed cases included:

---

- cases in which there was a diagnosis of SBS or AHT
- AHT cases involving infants characterized as “short fall” cases.

Excluded from review were cases before the courts at the trial or appellate level, or cases in which an application pursuant to Section 696.1 of the *Criminal Code of Canada* had been initiated prior to the commencement of this process, where SBS was a live issue.

The ages of the infants in the cases reviewed ranged from 4 weeks to 4 years old. The time frame for the review encompassed twenty years, from 1986–2006.

The *Goudge Report* recommended that this review commence with 142 cases of infant head injury that had been captured in the database of Office of the Chief Coroner (“OCCO”).<sup>18</sup>

The list provided by OCCO to the Committee contained the names of deceased infants only, with few other identifiers or information about whether the matter resulted in criminal prosecution and conviction. On closer examination, it became apparent that the cases on the list had been identified using over-inclusive terms to avoid missing potential head injury cases. Therefore, it was necessary to initiate an investigation into the background of each case in order to identify which cases appeared to fit within the parameters of this review. Excellent cooperation was offered by the Ontario Provincial Police (OPP), who assigned a senior officer to assist the Committee. His first task was to track the cases on the list provided by OCCO, which resulted in a list identifying 129 confirmed cases of infant death involving head injury.

This list of 129 cases was compiled from a number of databases and included one case referred to us by a Crown Attorney. A small number of cases had been referred to the Committee by members of the defence bar, however, all of these matters were still before the courts and therefore outside our mandate.

This list also included 16 infant head injury cases in which Dr. Charles Smith had been involved, either as the pathologist who conducted the autopsy or as a consultant on the case. Of the 16 cases, ten of them resulted in criminal convictions. These 10 cases were included in this review because they fell directly within our mandate, as the cause of death related to a diagnosis of SBS. At the time these cases were prosecuted, both the medical profession and the legal community relied on the triad of findings as diagnostic of a shaking injury. In other words, SBS was considered to be a reasonable diagnosis based on then-current medical science. The Committee is well aware of the issues relating to Dr. Smith’s work and, as a result, carefully scrutinized the cases in which he was

---

<sup>18</sup> *Goudge Report*, Vol. 3, page 532.



involved. Of the ten “Dr. Smith” cases that resulted in convictions, two raise concerns and are noted in the conclusion of this Report.

Once the list of cases for initial review was verified at 129 cases, the work of the Committee could begin.

### **INCLUSION OF CASES WHICH RESULTED IN GUILTY PLEAS**

The cases reviewed included convictions resulting from guilty pleas. The reason for this inclusion was the possibility that some guilty pleas may have been entered based on the perceived strength of the medical evidence at the time, and the medical evidence upon which the conviction rests may be in question today. Accordingly, a guilt plea was not a bar to review.

The Committee was not in a position to surmise why an individual accused pleaded guilty. The Committee reviewed these cases to determine whether the original medical evidence and/or testimony, where relied on to secure a conviction, may bring the conviction into question. The reason behind the plea and whether it can be overturned is a matter to be decided in each individual case, based on applicable facts and the law, in another forum.

### **PRIORITY REVIEW OF CASES WHERE THE CONVICTED PERSON IS IN CUSTODY SERVING A SENTENCE:**

Once the list of 129 cases was confirmed, the Committee immediately identified the cases in which a convicted person was still in custody. The Committee felt that these cases, where an individual's liberty was affected, should be reviewed on a priority basis. Of the 129 cases, 8 matters were identified in which the convicted person remained incarcerated, and their cases were prioritized by the Committee.

In each of the 8 cases, there was ample evidence of multiple injuries to support the conviction, in addition to the evidence relating to head injury. Examples of the injuries in these cases included evidence of sexual abuse, skull and limb fractures, cigarette and other burn marks, evidence of repeated physical assaults, and the witnessed physical abuse of the infant. None of these cases raised concerns about the safety of the conviction as a result of a medical diagnosis or a change in science.

### **INITIAL TRIAGE OF CASES – DEVELOPMENT OF BROAD CATEGORIES:**

The Committee triaged the 129 cases into two broad categories based on the nature of the case, the autopsy results and other medical findings, and the

ultimate disposition of the case. The first category was comprised of the cases that were excluded from further review; the second category was comprised of the cases which required further review.

The Committee excluded 81 cases from further review based on one or more of the following: the fatal head injury resulted from motor vehicle collision or a murder/ suicide; the convicted person was deceased; there was no conviction; the head injury was not the cause of death.

48 cases in the second category included the following types of cases that resulted in convictions: (i) those that involved the triad of findings only, (ii) cases that appeared to include evidence of blunt impact injury to the head; and (iii) cases that appeared to include multiple injuries together with a head injury. The number of cases in the second category totalled 48.

#### **DETAILED CASE ANALYSIS (IN-DEPTH TRIAGE PROCESS):**

With 81 cases excluded from further review, the Committee focused on the 48 cases that had resulted in a conviction in relation to a fatal pediatric head injury. In order to further analyze these cases, the following matters needed to be addressed:

1. Collect materials including additional medical records, police files, crown files, and court transcripts;
2. Assemble a work team of Crown counsel, defence counsel, and a case management coordinator to assist the Committee;
3. Develop a process to request the consent of convicted persons to refer their matters for further medical review by the IMP;
4. Notify the non-offending parents that the cases had been referred to the IMP for further medical review;
5. Develop criteria for referral to the IMP to guide our discussions;
6. Develop a process for International Medical Panel Review.



## **MATERIALS GATHERED FOR REVIEW:**

Every effort was made to have a complete picture of each file available, both for the Committee and for the IMP if the case was referred for review.

File and source materials were gathered from a variety of sources. Contact was made with trial and appellate crowns, and Regional Directors of Crown Operations. Individual police services across Ontario and Manitoba were contacted to obtain additional files and materials, as were court offices across the province to obtain additional materials where required. All materials were copied and scanned. This was a daunting task, given the number and nature of the cases, some of which were over 20 years old.

Once a case was earmarked for IMP review, further medical materials were gathered including photographs, forensic exhibits and slides. Hospitals, doctors and clinics provided materials to the Committee. In all cases referred to the IMP, search warrants and/or production orders were executed to obtain all hospital records including birth records, as well as diagnostic imaging records.<sup>19</sup> Efforts were made to ensure that a full clinical picture of the deceased infant's life was provided to the IMP. In all, fifty-two (52) warrants and production orders were executed by the Ontario Provincial Police and the Winnipeg Police Service at a number of hospitals and medical offices throughout Ontario and Winnipeg.

## **THE WORK TEAM:**

In order to facilitate the review process, a team of seven senior experienced crown counsel and one defence counsel was assembled to complete in-depth reviews of each of the 48 cases. Orientation sessions were conducted to ensure the members of the work team were educated about the medical and legal issues involved, and in order to promote consistency of approach to their review of the case materials. The cases were divided among the work team members, with priority given to the eight (8) cases where the convicted person remained in-custody. As previously indicated, by this time the Committee had completed an initial review of all 48 cases and found that each of the eight (8) in-custody cases included very serious injuries in addition to a head injury. These initial observations were confirmed in the work team review.

The work team completed an objective paper review of the entire file in each case, with an emphasis on the medical reports and expert testimony. The team met regularly, often with the lawyers and doctors from the Committee, to discuss and identify the complex medical and legal issues in the cases. This process enabled the work team to follow up on any outstanding issues or requests for additional materials before the case was presented to the full Committee. For

---

<sup>19</sup> A limited number of records were not available as they had been purged by records management because of the passage of significant time.

example, in some cases a Committee member requested further information such as additional medical records, photographs, or transcripts.<sup>20</sup>

In some cases, based on a review of the available materials, it was not clear whether the parties were aware of the scientific controversies and/or had an opportunity to explore them at the time of trial. For example, there were cases involving guilty plea arrangements at a time when the scientific controversies were emerging, and it was not possible to identify from the materials whether counsel were aware of, and had an opportunity to explore, those controversies. The decision was made to have one of the Committee members contact the prosecutor and/or defence counsel in the particular case in which this issue arose. In the majority of cases reviewed, this step was not necessary as the information was apparent from the existing materials.

This stage of the review, both challenging and time consuming, took approximately four months to complete.

### **WHAT CRITERIA DID THE COMMITTEE APPLY IN DECIDING WHICH CASES TO REFER TO THE INTERNATIONAL MEDICAL PANEL?**

The following three principles guided the development of the criteria for referral to the IMP:

- The fact that the science in the area of pediatric head injury is changing. The objective of the review was to obtain medical opinions in cases raising concerns about the original medical evidence in light of today's understanding of the science in this area.
- Some cases might reveal a wide array of serious injuries, rendering any medical controversy irrelevant having regard to the live issues at trial.
- There might be cases where the medical evidence was incorrect, however, the non-medical evidence put the verdict beyond question.

The Committee agreed upon and applied the following criteria to each of the 48 cases:

1. Were there any identified inaccuracies in the medical evidence, expert testimony or reports in the case? For example, were there possible

---

<sup>20</sup> Justice Goudge's recommendation was to order the relevant court transcripts after the convicted person had consented to a further medical review. However, the Committee found that the relevant court transcripts greatly assisted the decision-making process and, therefore, ordered transcripts where necessary prior to making their determination of whether or not to refer the case to the IMP.

misdiagnoses of the triad and /or other medical issues that warranted further investigation?

2. Was the triad present with little, if any, other evidence to support a diagnosis of “shaken baby syndrome”?
3. Were there injuries concurrent with the triad? Evidence of physical maltreatment such as broken bones and bruises occurring at, or around the time of, the head injury factored into the analysis to determine whether this evidence put the conviction beyond question. The Committee also noted that in some cases there was evidence of prior maltreatment, but perhaps not by the accused; this prior abuse was considered, but not given the weight of other evidence.
4. Was there evidence of exclusive opportunity? Some of the change in science relates to timing of a traumatic event, which could mean someone other than the convicted person had the opportunity to commit the offence.
5. Was there a history of an accidental fall which could provide an explanation for the baby's death? The traditional view was that a “short fall” could not kill a baby. The current literature suggests that, although rare and unusual, death can result from a short fall.
6. Were the controversies related to SBS and the triad known to defence counsel prior to a guilty plea? In the event of a trial, did defence counsel have access to information relating to the controversies? Was a defence expert retained?
7. Was there non-medical evidence to support the conviction, such as eye witnesses or solid confession? There is a caveat to this criterion as, upon review, some confessions raised concerns about the potential of coercion and aggressive questioning.
8. Is a medical review necessary as a matter of confidence in the administration of justice? For example, is there a real potential for a Section 696.1 application? Was this a Dr. Smith case?
9. Did adequate medical materials exist and were they available for a medical review (such as slides, medical reports)?

### **FULL COMMITTEE REVIEW:**

The above criteria were factored into the analysis of each case. In this way, the Committee was able to identify the cases that may benefit from the IMP's assessment of the reasonableness of the original pathology opinions in light of current medical knowledge, including whether the court had been advised fairly of the extent of the controversy relating to shaken baby syndrome and pediatric head injury.<sup>21</sup> In some cases, a single criterion supported a referral to the IMP, while in other cases one criterion alone was not viewed as sufficient for referral, given the strength of other aspects of the case.

The Committee's discussion about the issues that arose in these cases ultimately assisted the Committee in triaging them into one of three categories:

- (1) Triad of Injuries;
- (2) Blunt Impact Head Injury; or
- (3) Multiple Injuries including Head Injury.

At the completion of this stage, 13 cases had been identified by the Committee as meriting a further medical review by the international experts. None of the convicted persons in these 13 cases remained in custody in relation to this conviction.

### **CONSENT OF THE CONVICTED PERSON:**

The Committee sought the consent of the thirteen convicted parties as a necessary precondition to referring their cases for an external medical review. Consent was deemed necessary as per Justice Goudge's recommendation that the Committee should proceed further with the remaining cases only after obtaining the convicted person's consent.<sup>22</sup> The Committee understood that some of these individuals may not want to reopen this chapter of their lives and the Committee respected these views.

The decision was made to contact the convicted person's former counsel of record to request that counsel contact the former client to inform them about the purpose of the review and the fact that their case had been recommended for a further medical review. In the cases where counsel of record was not able to speak to the client<sup>23</sup>, the individual was contacted directly by the Committee and informed that the Committee wished to refer their case for a further medical review. The convicted person was encouraged to seek independent legal advice.

---

<sup>21</sup> See *Goudge Report*, Recommendation 143(g)(viii), at page 535.

<sup>22</sup> Please see Recommendation #143(g)(v).

<sup>23</sup> Some counsel had been appointed to the bench; others were retired or deceased.



Excellent co-operation was provided by The Criminal Lawyers' Association, who made arrangements to have senior counsel available to provide confidential, free legal advice to any of the 13 convicted persons. The O.P.P assisted the Committee and counsel of record, as necessary, to determine contact information for the convicted person.

In addition, the Committee sent a letter with a consent form to each of the thirteen convicted persons. The letter provided information about the review together with the fact that their case had been identified by the Committee for referral to a group of international medical experts (*please see Appendix "C" for a copy of the letter and consent form*). The letter expressly stated that the medical review was not mandatory and could not proceed without their consent. The recipient was encouraged to contact a lawyer and was provided with the phone number of The Criminal Lawyers' Association, as well as a toll-free number to contact the Office of Justice Excellence – Ministry of the Attorney General, for further information and/or questions. Each convicted person was asked to sign and return the included consent form with his or her decision.

In the majority of cases, the Committee sent the letter and consent form in a sealed envelope to defence counsel with a cover letter explaining its contents and requesting the package be provided to their former client *after* that person had been informed by telephone of the review process. Where this procedure was not possible, the Committee advised the convicted person directly about the letter and consent form, offered the assistance of The Criminal Lawyers' Association to receive legal advice, and requested that they sign and return the consent form with their decision.

Of the thirteen (13) cases, nine individuals provided consent to have their matter reviewed.

Three did not consent, while a fourth individual could not be located in spite of efforts by police, family and community members, and defence counsel. Out of an abundance of caution, this fourth case was referred to the IMP. The results of this case review will be provided to the Attorney General, and will be made available, if requested, to the defendant.

### **CONTACT WITH THE NON-OFFENDING PARENTS:**

There was much discussion about how and when to advise the non-offending parents in the thirteen cases identified for further review. All Committee members were concerned about the non-offending party, as well as other family members, hearing about the review process from another source before it had a chance to communicate accurate information about the purpose and parameters of the review. The decision was made to contact the 13 non-offending parents prior to learning whether the convicted person consented to the external medical review.

The Committee engaged the assistance of the Victim Witness Assistance Program with the Ministry of the Attorney General to contact the non-offending parents in these cases. Information about the scope of the review and the process was provided, and each was invited to contact the Office of Justice Excellence with additional questions or concerns. A toll free number and e-mail address were provided for follow-up.

### **PROCESS FOR INDEPENDENT MEDICAL REVIEW OF CASES:**

The credibility of this medical review is critical to restoring public confidence in pediatric forensic pathology and its use in the criminal justice system. An independent objective medical review of the cases was required. To achieve this goal, the Committee decided to invite an international panel of medical experts<sup>24</sup> to assemble in Toronto to study the materials in the referred cases. In this way, medical practitioners would have an opportunity to discuss each case as a group, following which they would provide a written report in each case documenting their findings. By having the same panel of reviewers study each case, the Committee hoped to obtain a consistency of perspective in the approach to the cases and in the medical reports.

The Committee decided that the composition of the panel should be representative of the typical expert complement generally involved when a child is admitted to hospital and dies from a traumatic head injury. Therefore, it looked for recognized world leaders in forensic pathology, neuropathology and child maltreatment to provide advice in these challenging cases. The Committee strove to assemble a panel whose members possessed the following key qualities:

- respect within the international medical community
- training, experience, and qualification in their area of expertise
- sound research based knowledge
- broad spectrum of experience
- balanced objectivity

A request for expressions of interest was sent to members in the relevant disciplines. Ultimately, the Committee selected the following five world renowned medical experts, each eminently well-qualified to provide advice relating to cases involving pediatric head injury, each well respected by colleagues and noted for fairness and impartiality, to participate in the review process:

- Dr. Stephen Cordner (Australia) - forensic pathologist
- Dr. Kim Collins – (U.S.) - forensic pathologist

---

<sup>24</sup> The Committee referred to this panel of experts as the “International Medical Panel” or “IMP”.



- Dr. Helen Whitwell (England) - forensic pathologist; neuropathologist
- Dr. Carole Jenny (U.S.) - child maltreatment expert
- Dr. Kent Hymel (U.S.) - child maltreatment expert

The Committee was aware that other expertise may be required during the review process, depending on the specific features of the case, and advised the international panel that it could consult with experts as required on a case-by-case basis.

### **THE IMP REVIEW:**

The IMP attended in Toronto from March 22 to April 1, 2010, for a total of nine working days to review all ten cases as a group. Prior to their arrival, each IMP member received materials containing a brief history of each of the ten cases, post-mortem examination reports, and additional medical reports. Hard copies of the above, along with the complete case files including all available medical and hospital records, x-rays, transcripts, and existing case notes in relation to these cases, were available for review by the IMP in a secured work-room for the duration of their stay.

### **THE IMP TIMETABLE:**

The international experts began to review the cases on Monday March 22, 2010, and worked diligently for nine days to complete all ten cases. They completed the reviews and signed off on ten reports on March 31<sup>st</sup>, 2010.

The Panel worked in a secured facility. All materials remained in the facility throughout the nine days and were locked up each night.

### **ISSUES TO GUIDE THE IMP DISCUSSIONS:**

The Committee crafted a list of issues to be addressed in each case to facilitate the review process and to provide consistency of approach. The IMP fine-tuned the issues such that the following questions guided their discussions and were addressed in their reports:

1. What is the cause of death?
2. Is there a demonstrable non-traumatic alternative explanation for the cause of death?
3. Could the history reasonably explain the clinicopathologic findings of head injury?

4. (a) In the absence of any history of trauma are the clinicopathologic findings only explained by trauma?  
  
(b) In the absence of any history of trauma can trauma be excluded as a cause for the clinicopathologic findings?
5. Is there any significant new medico-legal issue in this case that has been revealed by this review?
6. Is this review limited or hampered in any significant way?

#### **PROCESS FOR DISCUSSION & DECISION MAKING:**

The ten cases were distributed among the experts so that each expert received two cases to thoroughly review, following which they presented the relevant facts to the others. In this way, all five experts were provided with the necessary details of each case to enable discussion about the main issues. The case presentations included the known history of events leading to death, details of any hospitalizations, and all significant medical history and findings. Autopsy photographs were available and relied on when relevant, as were microscopic slides. The questions (see above) guided the panel's discussions of the relevant issues.

Dr. Michael Pollanen and Dr. Dirk Huyer, members of the Committee, moderated the IMP's discussions by ensuring that the relevant questions were discussed and answered. Neither one participated in any case discussions, nor did they provide opinions. They were available to answer questions related to medical procedures in Ontario and to track down additional medical information if necessary.

The neuropathologist and forensic pathologists together attended the Office of the Chief Coroner at the end of the day and over the weekend with Dr. Michael Pollanen to review microscopic slides. The results of the microscopic slide reviews were shared with the other panel members and incorporated into the individual case reports.

#### **IMP REPORTS:**

At the end of each case review, a written report was prepared which reflected the issues discussed by the international experts and their conclusions. General consensus was reached in most, but not all, of the cases. This fact is reflected in the individual reports. All five experts signed off on each report once satisfied that it represented the panel's opinions accurately. Each of the ten convicted persons

is entitled to disclosure of the IMP medical report prepared in relation to their individual case.

### **RESULTS OF THE IMP REVIEW:**

The experts looked at all available medical evidence presented at trial and appeal, together with slides, x-rays, MRIs, and CT scans, where available. In addition, hospital records, autopsy reports, autopsy photographs, medical test results, birth records, and case summaries, together with all original file materials, were reviewed. The IMP's reports contain the panel's analyses and conclusions concerning the issues relating to head injury.

Some cases presented as pure "triad" cases. The IMP's approach to these cases was a cautious one. The experts cast a critical eye on each case to determine whether there were other diagnoses to explain the death, including natural causes and disease processes. The experts appeared to view the triad as a strong pointer to, or highly suspicious of, AHT however, they did not make a diagnosis of AHT without additional, solid supporting evidence. The panel also acknowledged that very serious or fatal injuries may be caused by a short fall.

Of the ten (10) cases referred to the IMP, concerns about the medical evidence presented in the original case were not identified in six (6) cases.

In four (4) cases, concerns were identified by the IMP. In two of the four cases, some features of the triad of findings were identified by the experts, however, the IMP concluded that both cases contained atypical features. In these two cases, the experts could not agree among themselves on the cause of death, or that death was the result of head trauma.

In a third case, the panel agreed that the cause of death was head trauma and found evidence compatible with blunt impact injury. However, an explanation of a short fall had been raised, and they were divided in their opinions as to whether the injuries could have been caused by a short fall.

In the fourth case, the panel agreed the evidence supported a diagnosis of head trauma and that there was a substantial body of circumstantial evidence to support their opinion. However, the IMP concluded that the expert evidence at trial, and the medical opinion on which it was based, was incorrect.

Although the Committee hoped for consensus in all ten cases, it is not surprising that the controversy in the medical community has been reflected in some of the IMP's opinions.

The IMP did not consider all medical / legal issues, such as medical neglect, that could arise. The IMP's opinions relate specifically to head trauma in relation to

the cause of death. The IMP conducted their review within the context of a specific time frame (10 days) and with limited access to various materials. No independent testing was done by or for the panel.

The cases were assessed based on current medical knowledge and understanding of pediatric head injury. However, as science continues to evolve, some of the outstanding issues in relation to pediatric head injury may be resolved. If and when that occurs, these cases could be assessed differently in light of new scientific discoveries.



## **CONCLUSIONS OF THE COMMITTEE:**

At the request of the Attorney General and as per Justice Goudge's recommendation, the Committee has completed its review of Ontario convictions involving pediatric death cases categorized as SBS or AHT.

Ontario is very fortunate to have had the benefit of world renowned leaders in forensic pathology, neuropathology, and pediatrics to provide their collective views on pediatric head injuries in the ten cases referred to them by the Committee.

The conclusion of this review reveals that out of 48 criminal convictions relating to AHT in infants and young children, the vast majority – 44 cases – do not cause concern. The Committee has identified the remaining four cases that may give rise to concerns, based on the IMP Reports and the Committee's review of the facts and circumstances in each of these cases. In two (2) of these cases, Dr. Smith testified before the jury. None of these individuals is in custody.

The Committee has not made any final determination in relation to the safety of the convictions in the examined cases. It has advised the Attorney General of the potentially concerning cases it has identified. The Attorney General will decide what, if any, further action should be taken in light of the Committee's findings. Ultimately, each convicted person must decide for him or herself whether or not to proceed with their matter further.

Dated at Toronto, Ontario, Canada, on March 4, 2011.

---

Justice D. Ebbs

---

Dr. Michael Pollanen

---

Dr. Dirk Huyer

---

Marie Henein

---

Mary Nethery



March 14, 2011

## **Statement By The Attorney General On The Release Of The “Shaken Baby” Review Committee Report**

In December 2008, following the release of Justice Stephen Goudge’s *Report on The Inquiry into Pediatric Forensic Pathology in Ontario*, I announced a review of pediatric cases that resulted in criminal convictions based on evidence of abusive head trauma or “shaken baby syndrome.”

The work of the “Shaken Baby” Death Review Committee, led by the Honourable Justice Donald A. Ebbs, is now complete.

I thank the members of the committee, including the world experts, for their hard work, collaboration, dedication and perseverance in completing this very difficult and important review.

The committee developed rigorous criteria to systematically review the medical and legal aspects of pediatric head injury cases that occurred between 1986 and 2006. The majority of those cases raised no concerns.

The committee identified four cases that may give rise to concerns based on reports prepared by an international medical panel and the facts and circumstances reviewed by the committee in each of these cases. The committee did not make any decisions about anyone’s guilt or innocence in the cases it examined.

We are contacting all the people whose cases were referred to the international medical panel to inform them of the results of the panel’s review so they can decide how to proceed.

This information has been provided to the Chief Prosecutor of Ontario and forwarded to the Ministry’s Crown Law Office – Criminal, to review and take appropriate action, including working with the defence counsel. We will continue to work with all justice system participants to expedite any case in which an injustice is claimed.

Chris Bentley, Attorney General

Learn more about [the review of “Shaken Baby” cases in Ontario](#).

Read [the report about “Shaken Baby” cases in Ontario](#).





## Ontario Completes Review Of “Shaken Baby” Cases

March 14, 2011

In December 2008, following the release of Justice Stephen Goudge’s *Report on The Inquiry into Pediatric Forensic Pathology in Ontario*, the Attorney General initiated a medical/legal review of pediatric cases that resulted in criminal convictions based on evidence of abusive head trauma or “shaken baby syndrome.”

In light of the significant evolution of pediatric forensic pathology relating to shaken baby syndrome and pediatric head injuries over the last 20 years, this review was undertaken to determine whether there are any concerns with convictions registered where these injuries played a significant role.

The “Shaken Baby” Death Review Committee consisted of:

- The Honourable Justice Donald A. Ebbs of the Ontario Court of Justice and former Associate Chief Justice of Ontario
- Dr. Michael Pollanen, Ontario’s Chief Forensic Pathologist
- Dr. Dirk Huyer, Regional Supervising Coroner
- Marie Henein, Senior Defence Counsel
- Mary Nethery, Senior Crown Attorney and Director of Justice Excellence.

### PROCESS

The committee adopted a consensus-based approach and developed rigorous criteria to systematically review the medical and legal aspects of pediatric head injury cases that occurred between 1986 and 2006. During the Goudge Inquiry, reference was made to 142 potential pediatric death cases involving head injuries. Further review determined that, due to duplication in the files, there were actually 129 cases.

Based on an initial triage of all 129 cases, the committee established that 48 required a more in-depth analysis. Of those, 10 cases were ultimately referred to an international medical panel of world-renowned leaders in forensic pathology, neuropathology and pediatrics to provide their expertise and views.

The international medical panel consisted of:

- Dr. Stephen Cordner, forensic pathologist from Australia
- Dr. Kim Collins, forensic pathologist from the U.S.
- Dr. Helen Whitwell, forensic pathologist/neuropathologist from England
- Dr. Carole Jenny, professor of pediatrics and child maltreatment expert from the U.S.
- Dr. Kent Hymel, child maltreatment expert from the U.S.

## RESULTS

The vast majority of cases that resulted in conviction, and that received a more in-depth analysis by the committee, do not involve allegations of flawed pediatric forensic pathology or allegations of wrongdoing on the part of any individual.

The committee identified four cases that may give rise to concerns based on reports prepared by an international medical panel and the facts and circumstances reviewed by the committee in each of these cases. The committee did not make any decisions about anyone's guilt or innocence in the cases it examined.

This information has been provided to the Chief Prosecutor of Ontario, and forwarded to the Ministry's Crown Law Office – Criminal, to review and take appropriate action, including working with the defence counsel.

Read [the report about "Shaken Baby" cases in Ontario](#).

---

Nauman Khan, Minister's Office, 416-326-1785  
Brendan Crawley, Communications Branch, 416-326-2210

[ontario.ca/attorneygeneral-news](http://ontario.ca/attorneygeneral-news)  
*Disponible en français*

**RAPPORT DU COMITÉ AU PROCUREUR GÉNÉRAL :**

**EXAMEN DES DÉCÈS DUS AU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ**

**PAR**

**L'HONORABLE JUGE DONALD A. EBBS DE LA COUR DE  
JUSTICE DE L'ONTARIO**

**14 MARS 2011**





**RAPPORT DU COMITÉ AU PROCUREUR GÉNÉRAL :**

**EXAMEN DES DÉCÈS DUS AU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ**

**PAR**

**L'HONORABLE JUGE DONALD A. EBBS DE LA COUR DE  
JUSTICE DE L'ONTARIO**

**14 MARS 2011**



## **RAPPORT DU COMITÉ AU PROCUREUR GÉNÉRAL :** **EXAMEN DES DÉCÈS DUS AU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ**

### **VUE D'ENSEMBLE :**

*« La tragédie d'un enfant qui meurt de façon inattendue dans des circonstances suspectes fait de nombreuses victimes<sup>1</sup>. »*

Le 2 décembre 2008, à la suite de la publication du *Rapport de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario* du juge Stephen T. Goudge (ci-après appelé le « rapport Goudge »), le Procureur général de l'Ontario a annoncé qu'on allait procéder à l'examen des affaires de traumatismes crâniens chez les enfants qui ont entraîné une condamnation au criminel au vu d'éléments de preuve de traumatismes crâniens causés par la violence, plus précisément les cas de « syndrome du bébé secoué » et de « chute de faible hauteur ». Le principe fondamental du présent examen est d'assurer et d'améliorer la confiance du grand public dans la médecine légale pédiatrique et son utilisation future dans le système de justice pénale. En fait, l'examen vise à éclairer le Procureur général au sujet des préoccupations relatives au bien-fondé des condamnations au criminel qui font appel à ces connaissances scientifiques spécialisées, à la lumière de la compréhension actuelle d'une science en évolution.

À cet égard, le Procureur général a mis sur pied un comité composé d'experts médicaux et juridiques pour procéder à l'examen, présidé par l'honorable juge Donald A. Ebbs de la Cour de justice de l'Ontario. Voici les autres membres du Comité :

- D<sup>r</sup> Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario;
- D<sup>r</sup> Dirk Huyer, Coroner régional principal, Bureau du coroner en chef de l'Ontario;
- Marie Henein, avocate de la défense chevronnée;
- Marie Nethery, procureure principale de la Couronne et directrice de l'excellence dans le domaine de la justice.

Le point de départ de l'examen consistait à reconnaître l'évolution de la médecine légale pédiatrique relativement aux traumatismes crâniens chez les enfants. Auparavant, un seul modèle précis d'observations neurologiques faisait office de diagnostic de traumatismes crâniens subis ou causés par la violence, diagnostic qui jouait un rôle majeur lors de procès criminels. Or, la médecine n'est pas statique ni figée dans le temps : la science médicale poursuit son évolution au fil des nouvelles découvertes, des percées technologiques et de la recherche scientifique. Cette évolution, particulièrement dans le domaine qui nous intéresse, a permis

---

<sup>1</sup> GOUDGE, L'honorable Stephen T., *Rapport de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario*, Vol. 1, page 4.

d'approfondir les connaissances et de reconnaître que les idées médicales et les diagnostics précédents pouvaient avoir besoin d'être révisés.

En raison de la tâche à accomplir dans le cadre de l'examen, l'équipe s'est appuyée sur les connaissances médicales et juridiques actuelles. La composition du Comité, dont les membres proviennent des deux disciplines, illustre la volonté d'un système de justice pénale de procéder à son examen de conscience pour corriger d'éventuelles condamnations injustifiées. L'examen a été conçu pour repérer les affaires où les éléments de preuve sur lesquels reposait le procès seraient aujourd'hui mis en doute au vu des connaissances scientifiques actuelles. Le Comité devait entre autres analyser si ces éléments de preuve pourraient aujourd'hui être mis en doute, et si ces doutes seraient suffisamment importants pour soulever des préoccupations sur le bien-fondé de la condamnation.

Le Comité s'est d'abord penché sur 129 affaires. Le premier triage a entraîné l'exclusion de 81 cas, parce qu'il y avait chevauchement, parce qu'il n'y avait pas eu de condamnation au criminel ou parce que les affaires ne cadraient pas dans le mandat du présent examen.

Les 48 cas restants ont été examinés par le Comité. Pour bon nombre d'entre eux, la preuve d'ordre médical de traumatisme crânien constituait un élément essentiel à la condamnation. Pour chacun des cas, le Comité a examiné la preuve d'ordre médical et non médical afin d'évaluer de manière appropriée si l'évolution de la médecine aurait pu avoir une répercussion sur l'issue de l'affaire.

Le Comité présentera des conseils juridiques au ministre pour chacun de ces 48 cas. Nombre d'entre eux n'ont pas soulevé de préoccupations relatives au bien-fondé de la condamnation, parce que les percées scientifiques sur le syndrome du bébé secoué ou les chutes de faible hauteur n'auraient pas influencé le verdict. En voici quelques exemples : fractures du crâne ou d'autres parties du corps, nombreuses blessures concomitantes qui révèlent de façon évidente de mauvais traitements systématiques, décès lors d'agression sexuelle et déclarations de témoins oculaires de violence.

Le Comité a conclu que 13 des 48 cas nécessitaient une évaluation médicale plus poussée. Parmi les 13 personnes condamnées, 9 ont accepté que leur affaire soit réexaminée sur le plan médical. Une seule personne n'a pu être retrouvée par le Comité. Par précaution, le Comité a également transmis ce cas pour l'examen médical. Les dix affaires ont donc été envoyées à un groupe d'experts médicaux reconnu à l'échelle internationale (appelé dans le corps du présent document « Comité médical international » ou « CMI »). Ces experts se sont réunis à Toronto en mars 2010 où ils ont pris deux semaines pour évaluer chacun des dix cas. Ils devaient établir s'il fallait mettre en doute les éléments de preuve d'ordre médical sur lesquels reposait le procès. Les conclusions de leur examen sont consignées dans des rapports médicaux pour chaque cas. Le ministre recevra ces rapports, tout comme chacune des dix personnes condamnées recevra celui qui la concerne.



Le Comité a examiné les dix rapports médicaux rédigés par le CMI et la preuve d'ordre médical présentée au procès, tout en tenant compte des faits et des circonstances propres à chaque affaire. Le Comité, au vu de son examen et de son analyse, a fait part au ministre de préoccupations pour quatre des dix affaires.

Le Comité n'a pas pris de décision définitive quant à la solidité des condamnations des affaires examinées. Il reviendra au Procureur général d'établir s'il y a lieu d'entreprendre d'autres mesures à la lumière des conclusions du Comité. De plus, chaque personne condamnée doit décider pour elle-même si elle souhaite aller de l'avant concernant cette question.

Le présent rapport, rédigé par le Comité à la demande du Procureur général de l'Ontario, présente le processus suivi par le Comité du début à la fin et résume les conclusions de l'examen. Le Comité souhaite que le présent examen contribue à rétablir la confiance du public à l'égard de l'apport de la médecine dans le système de justice pénale.

## **Rôle de ce comité**

Le comité réunissait le juge Donald Ebbs, ancien juge en chef adjoint de la Cour de justice de l'Ontario, le docteur Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, le docteur Dirk Huyer, Coroner régional principal pour les régions de Peel, Halton et des comtés de Simcoe et Wellington, Marie Henein, avocate de la défense chevronnée et présidente l'Advocates' Society, et Mary Nethery, directrice de l'excellence dans le domaine de la justice et procureure principale de la Couronne. Ce sont toutes des personnes d'expérience, respectées dans leurs disciplines respectives.

Le **juge Donald Ebbs** est un juge mandaté sur une base journalière à la Cour de justice de l'Ontario. Le juge Ebbs était auparavant juge en chef adjoint à la Cour de justice de l'Ontario. Il était également juge principal régional de la région de l'Ouest. Depuis 1983, il a présidé de nombreuses causes criminelles. Il apporte au comité un jugement sain et ses compétences d'arbitre.

Le **docteur Michael Pollanen** a fait des études supérieures en pathologie anatomique et en médecine légale et est devenu membre du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (FRCPC) en 2003 après avoir réussi les examens en pathologie anatomique. Il a été nommé membre (MRCPPath, 2001) puis fellow (FRCPath, 2009) du Royal College of Pathologists of the United Kingdom sur la foi des ouvrages qu'il a publiés et il s'est spécialisé en médecine légale. Il est titulaire d'un diplôme en médecine légale (pathologie) obtenu en 2002 [DMJ(Path)]. En 2006, il a été nommé médecin légiste en chef de l'Ontario. Le docteur Pollanen est professeur agrégé à l'Université de Toronto. Il est le directeur fondateur du programme de médecine légale, du programme de résidence et du Centre de médecine légale de l'Université de Toronto. Le docteur Pollanen est membre du comité spécial sur la médecine légale du Collège royal des médecins et chirurgiens du

Canada. Il a agi comme consultant en médecine légale auprès d'organisations nationales et internationales, dont les Nations Unies, l'Agence canadienne de développement international, la Cour pénale internationale et des organisations non gouvernementales se consacrant à la défense des droits de l'homme.

Le **docteur Dirk Huyer** est médecin spécialisé dans la maltraitance des enfants. Le docteur Huyer est coroner de l'Ontario depuis 1992. Il a participé à plus de 5 000 enquêtes, dont plusieurs portant sur des décès d'enfants. Il est coroner régional principal responsable des enquêtes sur les décès dans les régions de Peel, Halton et les comtés de Simcoe et Wellington. Il possède en outre une expertise dans l'évaluation médicale de la maltraitance des enfants et a déjà été nommé au programme Suspected Child Abuse and Neglect (SCAN) du Hospital for Sick Children. Il est actuellement président du Bureau du Coroner en chef auprès du Comité chargé d'étudier les décès d'enfants âgés de moins de cinq ans et occupe le poste de maître de conférence auprès du département de pédiatrie de l'Université de Toronto. La capacité du docteur Huyer d'interpréter les dossiers cliniques et sa connaissance approfondie des pratiques médicales en Ontario ont servi d'assise au présent examen.

**Marie Henein**, du cabinet Henein & Associates, est avocate de la défense principale et pratique le droit criminel et le droit réglementaire à tous les niveaux, entre autres auprès de la Cour suprême du Canada. Depuis 1992, madame Henein est professeure auxiliaire à l'Osgoode Hall Law School en preuves et preuves avancées et a prononcé des conférences à l'occasion de nombreux congrès professionnels. Elle est actuellement codirectrice du programme de maîtrise en droit criminel à temps partiel de la Osgoode Hall Law School. Madame Henein est rédactrice adjointe de *Canadian Criminal Cases* et corédactrice du *Martin's Criminal Code*, du *Martin's Annual Criminal Practice* et du *Martin's Related Criminal Statutes*. Madame Henein est présidente de l'Advocates' Society. Elle est membre du Comité régional ontarien de l'Institut de plaidoirie de la Cour suprême et membre de l'American College of Trial Lawyers. Madame Henein, bien connue pour son efficacité comme plaideuse et sa capacité exceptionnelle d'analyser les questions juridiques, a apporté une contribution exceptionnelle au comité.

**Mary Nethery** est directrice de l'excellence en matière de justice et avocate de la Couronne principale auprès du ministère du Procureur général. Madame Nethery possède une vaste expérience du système de la Couronne, sa pratique l'ayant souvent mise en contact avec le travail de procès et de plaidoirie en appel. Plus récemment, elle a été nommée à la tête de la Direction des politiques en matière criminelle et prodigue à ce titre des conseils à environ 900 avocats de la Couronne. À titre de directrice de l'excellence en matière de justice, madame Nethery est responsable de l'administration d'un certain nombre de projets du ministère visant à découvrir et à prévenir les condamnations injustifiées. Avant de se joindre au Réseau des procureurs de la Couronne, madame Nethery a été associée à un cabinet d'avocats qui exerçait le droit général. Madame Nethery, réputée pour son éthique

juridique solide et son style de poursuite juste, a veillé à ce que tous les éléments de preuve, scientifiques ou non, aient été exploités au maximum.

Ensemble, mesdames Nethery et Henein ont fourni leur expertise en droit criminel aussi bien du point de vue de la poursuite que de celui de la défense.

### **Remerciements**

Le comité aimerait remercier les personnes suivantes pour l'aide qu'elles ont apportée à ce projet :

Alex Smith, Mary Ellen Cullen, Paul Amenta, Celia Lindo-Butler, Lisa Joyal, Karen Shea, Marcie Henschel, un groupe de conseillers expérimentés et motivés qui ont fait partie de l'équipe de travail qui s'est penchée sur chacun des cas abordés dans le présent examen.

Le sergent détective Mark Gauthier de la Police provinciale de l'Ontario, dont l'expérience et les compétences de détective ont grandement assisté le comité.

Madame Earlene Marry, dont les remarquables compétences en administration et le soutien indéfectible à chaque étape de cet examen ont été essentiels à sa réalisation.

Mesdames Mary Ellen Hurman et Ava Arbut, dont les contributions et le dévouement envers ce projet se sont révélés inestimables.

## **INTRODUCTION**

Le syndrome du bébé secoué (SBS) désigne un traumatisme crânien subi par un bébé ou un jeune enfant dont on croit qu'il a été causé par l'administration de secousses. Pendant des décennies, le diagnostic de SBS était le seul élément de preuve exigé pour révéler la cause de la mort, le mécanisme expliquant la mort (les secousses) et l'auteur des gestes (la dernière personne à avoir vu le bébé). Ces dernières années, la prémisse sous-jacente au diagnostic de SBS a fait l'objet d'un examen attentif. En effet, la communauté médicale a commencé à remettre en question la validité du diagnostic proprement dit et s'est tournée vers d'autres causes de ce qu'on appelle la « triade de constatations ». En réponse à la montée des controverses médicales, des articles scientifiques, des études, des rapports et des articles de médias populaires ont révélé des préoccupations concernant les poursuites au criminel fondées sur un diagnostic de SBS.

En Ontario, devant l'évolution de la science et les controverses apparues dans le domaine, le rapport Goudge a recommandé un examen des cas de SBS. La recommandation était basée sur les conseils d'un certain nombre d'experts qui ont témoigné devant la Commission d'enquête Goudge. Au Royaume-Uni, un examen des cas de SBS a déjà été effectué, et un corpus de cas a déjà été



constitué. Le présent examen des cas ontariens s'est orienté sur l'expérience britannique et les recommandations de la Commission d'enquête Goudge.

Les recherches récentes et les études cliniques effectuées dans la communauté médicale sur la façon d'interpréter la triade de constatations a provoqué une évolution de la science eu égard aux cas de traumatismes crâniens chez les enfants. Les questions n'ont pas encore été résolues et elles continueront d'évoluer à mesure que progressent les connaissances scientifiques. Il semble donc raisonnable, dans un cas actuel comportant un diagnostic de SBS, d'examiner d'autres données, médicales ou non, afin de déterminer la cause médicale du décès et, au bout du compte, d'établir s'il est possible de découvrir le mode de survenue des traumatismes.

### **ASPECTS MÉDICAUX - GÉNÉRALITÉS**

*“Justice est faite lorsque nous sommes disposés à considérer la recherche bien fondée, même lorsqu'elle remet en question des théories acceptées depuis longtemps<sup>2</sup>.*

La violence à l'endroit des enfants aux mains d'un parent, d'une gardienne ou d'un gardien est malheureusement une composante de la vie en société. La violence physique, une des principales causes de traumatismes crâniens graves chez les bébés, peut provoquer la mort. Dans la plupart des cas mortels, on reconnaît le traumatisme crânien à la présence d'hémorragies sous-durales ou rétinienne. Souvent, on observe des traumatismes associés, notamment des contusions à la tête ou au corps et/ou des fractures aux côtes ou aux membres qui se révèlent être des signes clairs et habituellement récents de violence.

Toutefois, dans le cas de certains décès d'enfant découlant d'un traumatisme crânien, il n'existe pas d'autres blessures ou signes extérieurs de violence corporelle. Dans ces cas, la preuve d'ordre médical repose habituellement sur trois constatations :

- (i) les hémorragies sous-durales (prenant habituellement la forme d'une fine pellicule de sang à la surface du cerveau, dans l'interstice situé entre le cerveau et le crâne);
- (ii) les hémorragies rétinienne (saignements dans la partie antérieure de l'œil);
- (iii) l'encéphalopathie hypoxique ischémique (carence en oxygène dans le cerveau causant un œdème).

---

<sup>2</sup> KELLY, R., et Z. Bravos. A Critical Look at the Shaken Baby Syndrome. *Illinois Bar Journal*, vol. 97, n 4, avril 2009.



Le SBS a été défini comme étant la présence de la constellation de ces trois constatations d'ordre médical (désignées « triade » au Royaume-Uni) qui révèlent un traumatisme crânien chez un enfant causé par des secousses violentes. Les études médicales ont constamment corroboré la vision selon laquelle les secousses ou les coups reçus à la tête peuvent expliquer ces constatations. Dans le cas de coups reçus à la tête, on peut être en présence d'autres constatations médicales. Ainsi, l'hématome sous-dural peut présenter l'apparence d'une importante accumulation de sang plutôt que celle d'une fine pellicule évoquée plus haut.

En même temps, certains experts ont remis en question les fondements scientifiques du SBS, faisant valoir que les limites des études médicales précédentes soulèvent des préoccupations quant à sa validité. Les constatations faites dans certaines études ont remis en question l'hypothèse selon laquelle la triade de constatations représente la preuve concluante d'un traumatisme infligé par des secousses administrées manuellement. Le diagnostic de SBS fait l'objet d'une controverse et de vifs débats.

### **SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ**

Le syndrome du bébé secoué (SBS) offre une piste possible de diagnostic médical et une explication de la constellation des trois constatations décrites plus haut. Pendant des décennies, ce syndrome a été perçu comme une forme grave de traumatisme crânien infligé au bébé ou à l'enfant avec suffisamment de force pour amener son cerveau à se déplacer de l'avant vers l'arrière, en percutant l'intérieur de la boîte crânienne. Les forces produites occasionnent des dommages au cerveau et aux vaisseaux sanguins entourant le cerveau. Les veines qui relient le cerveau aux canaux veineux associés aux structures de soutien et au crâne (veines pontantes) se trouvent déchirées, ce qui occasionne des saignements à la surface du cerveau (hémorragie sous-durale). Même si le mécanisme exact à l'origine des hémorragies rétinienues n'a pas été élucidé, les experts ont émis la théorie selon laquelle les hémorragies découlent directement des forces produites. La troisième composante, la lésion causée par la carence en oxygène dans le cerveau (encéphalopathie hypoxique ischémique), est discutée dans la section intitulée « Mécanisme associé au traumatisme » plus loin.

Ces cas sont souvent difficiles à évaluer, à traiter et à diagnostiquer à cause de l'absence de lésions visibles à la surface du corps, y compris à la tête. Il est possible que les traumatismes crâniens échappent à l'observation, surtout compte tenu du fait que de nombreux symptômes associés au SBS sont semblables à ceux qui se manifestent dans d'autres maladies, comme les affections virales. Les enfants souffrant de traumatismes crâniens présentent toute une gamme de symptômes, dont une légère irritabilité, un comportement capricieux, un manque d'appétit, des vomissements, de la léthargie, des

convulsions, des difficultés respiratoires, de la détresse respiratoire, le coma et, dans certains cas, la mort. Les études cliniques ont démontré que des secousses vigoureuses peuvent causer des invalidités permanentes, dont la cécité, la paralysie, des troubles mentaux, des convulsions ainsi que des troubles de croissance et de développement.

## **HISTORIQUE DU DIAGNOSTIC DE « SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ »**

Dans les années 70, la théorie du syndrome du bébé secoué a été avancée pour expliquer la triade de constatations observées chez les bébés et enfants ne présentant pas de signes apparents de maltraitance. Le neurochirurgien d'origine britannique A. N. Guthkelch a émis l'hypothèse selon laquelle les secousses administrées manuellement et de façon répétée au bébé, sans que soient portés des coups à sa tête, étaient susceptibles de causer des hématomes sous-duraux<sup>3</sup>. Le radiologue et pédiatre américain J. Caffey, a suggéré que les constatations associées à l'hématome sous-dural et aux hémorragies rétinienues pouvaient fournir suffisamment de critères de diagnostic pour conclure à des sévices<sup>4</sup>. Dès 1974, le docteur Caffey avait forgé l'expression « syndrome en coup de fouet du bébé secoué », et le diagnostic clinique était né.

Depuis, le SBS est largement accepté comme diagnostic clinique des traumatismes crâniens chez les bébés. Ce syndrome est considéré comme propre aux jeunes enfants, compte tenu de leurs particularités anatomiques. La majorité des enfants chez qui on diagnostique le SBS sont donc âgés de moins d'un an.

## **CONSÉQUENCES JURIDIQUES**

Le diagnostic clinique de SBS a entraîné des implications juridiques de grande portée en Amérique du Nord, au Royaume-Uni et dans d'autres pays. En l'absence de violence devant témoins ou de blessures externes suggérant des sévices, en présence de la constellation de constatations reconnues caractéristiques du SBS et en l'absence d'explication plausible de l'état de l'enfant de la part de la gardienne ou du gardien, cette gardienne ou ce gardien était souvent accusé d'avoir secoué le bébé.

---

<sup>3</sup> Guthkelch, A. N. Infantile Subdural Haematoma and its Relationship to Whiplash Injuries. *British Medical Journal*, vol. 2, 1971, p. 430-431. Il a proposé que les traumatismes par coup de fouet cervical causent des hémorragies sous-durales par déchirure des veines situées dans l'espace sous-dural.

<sup>4</sup> Le docteur J. Caffey a publié trois articles : The Parent-Infant Traumatic Stress Syndrome. *Am J Roentgen*, vol. 114, 1972, p. 217-228; On the Theory and Practice of Shaking Infants. *Am J Dis Child*, vol. 24, 1972, p. 161-169; The Whiplash Shaken Infant Syndrome: Manual Shaking By the Extremities With Whiplash-Induced Intracranial and Intraocular Pleadings, Link with Residual Permanent Brain damage and Mental Retardation. *Pediatrics*, vol. 54, 1974, p. 396-403. Les travaux du docteur Caffey ont décrit les caractéristiques radiologiques et cliniques attribuées aux traumatismes causés par le secouement.

Les experts médicaux ont confirmé que la force nécessaire pour causer un traumatisme crânien par l'administration de secousses était extrêmement brutale, de sorte que son auteur est conscient de la nature violente de ses gestes. De plus, on croyait qu'à la suite de la perpétration des gestes, le bébé présenterait des signes immédiats et évidents de détérioration de son état. Cette conclusion a conduit la communauté médicale et juridique à présumer que la dernière personne ayant vu l'enfant au moment de la survenue des signes était la personne qui avait infligé les traumatismes. La présence de la triade de constatations permettrait donc d'établir au-delà de tout doute raisonnable que la dernière personne à avoir vu le bébé avant la détérioration de son état devait être celle qui a secoué le bébé violemment, lui infligeant les traumatismes crâniens fatals. Pendant des années, le consensus sur cette question a été universel.

## **PROGRÈS DE LA SCIENCE MÉDICALE**

La médecine n'est pas un domaine statique. La médecine continue d'évoluer en tenant compte des nouvelles découvertes, des percées technologiques et de la recherche scientifique. Cette évolution conduit à un enrichissement des connaissances et peut conduire à reconnaître la nécessité de se remettre en question ou de réviser les opinions médicales reçues et diagnostics admis jusqu'ici. La pathologie pédiatrique et la médecine légale sont des sous-spécialités et elles sont donc appelées à évoluer.

Ces dernières années, l'approche de la science médicale fondée traditionnellement sur l'expérience a évolué vers une médecine « fondée sur des données probantes », laquelle exige des professionnels de la médecine qu'ils appuient leurs travaux de recherche sur des méthodes scientifiques et rigoureuses sur le plan statistique. Cette approche confère du poids aux observations scientifiques.

Les connaissances sur les traumatismes crâniens chez les enfants se sont enrichies avec le temps, amenant une évolution de l'approche de l'évaluation effectuée lorsqu'on se trouvait en présence de ces constatations. Grâce à l'enrichissement des connaissances découlant de la recherche et de l'étude de la documentation médicale pertinente, la science progresse. Ces progrès peuvent donner lieu à des controverses, les opinions précédemment admises se trouvant remises en question. Les niveaux de confiance sur la signification de certaines observations peuvent aussi se trouver modifiés.

## ***SUJETS À CONTROVERSE***

### **MÉCANISME ASSOCIÉ AU TRAUMATISME**



Les études clinicopathologiques ont constamment corroboré l'opinion selon laquelle les secousses et/ou les chocs administrés à la tête causent des hémorragies sous-durales et rétinienes accompagnées d'encéphalopathie hypoxique. Avec l'arrivée d'autres études, on en est arrivé à mieux comprendre l'ensemble des mécanismes qui président à la survenue des traumatismes crâniens. On s'est penché sur le type et la violence de la force exercée.

Les études ont montré que la quantité de force produite par un choc direct à la tête est supérieure à celle générée par les seules secousses. Certaines études biomécaniques ont amené les experts à se demander si une personne pouvait produire suffisamment de force pour causer un traumatisme crânien fatal par les seules secousses.

Historiquement, les experts ont cru que les secousses violentes administrées à un enfant causaient des traumatismes crâniens diffus. Cette opinion s'appuyait sur les anomalies observées au tomodensitogramme et les constatations pathologiques.

Les études neuropathologiques portant sur les tissus cérébraux prélevés chez des bébés morts du SBS examinés grâce à des techniques d'évaluation microscopiques spécialisées ont révélé que dans un certain nombre de cas, les lésions cérébrales révélaient une carence en oxygène (encéphalopathie hypoxique ischémique), plutôt qu'une lésion traumatique axonale (découlant de l'application de la force)<sup>5</sup>. Cette constatation a soulevé des questions sur la quantité de force requise pour occasionner le SBS. Les lésions axonales diffuses post-traumatiques sont caractéristiques de l'application d'une force considérable, de sorte que l'absence de celles-ci à penser que la force en cause est peut-être moindre qu'on ne l'a cru auparavant. Comme des lésions axonales hypoxiques ont été découvertes plus souvent que des lésions axonales post-traumatiques, on a proposé un éventuel mécanisme mettant en cause une force moindre. Ce mécanisme présuppose une lésion de la moelle épinière supérieure dans la zone du cerveau qui contrôle la respiration. Une telle lésion pourrait provoquer l'arrêt de la respiration et l'hypoxie cérébrale résultante.

Un certain nombre d'études portant sur des cas définis comme étant des SBS a permis de constater, à l'examen de la preuve d'ordre médical (rapports d'autopsie, diapositives, etc.), des signes de traumatisme crânien provoqués par des chocs sourds. On parle de choc sourd lorsque le corps est frappé par un objet contondant (c'est-à-dire non tranchant) ou lorsque le corps percute une surface ou un objet plat (par exemple lors d'une chute).

---

<sup>5</sup> Geddes, J. F., H. L. Whitwell, et coll. Neuropathology of inflicted head injury in children, I. Patterns of brain damage. *Brain*, vol. 124, 2001, p. 1290-1298. Geddes, J. F., H. L. Whitwell, et coll. Neuropathology of inflicted head injury in children, I. Patterns of brain damage. *Brain*, vol. 124, 2001, p. 1299-1306.



Il se peut qu'on ait eu tendance auparavant à ne pas voir les signes de traumatisme crânien provoqué par choc sourd ou qu'on les ait considérés comme peu importants. Actuellement, lorsqu'on constate un traumatisme crânien provoqué par choc sourd, celui-ci offre une preuve évidente d'application de force traumatique.

La controverse se poursuit au sujet du mécanisme associé au traumatisme crânien causé par la violence. Certaines publications sur les données biomécaniques ne permettent pas d'appuyer clairement l'administration de secousses comme mécanisme associé au traumatisme, mais les données obtenues lors des aveux des auteurs le font. Cette contradiction apparente donne lieu à différentes interprétations. Il se peut que dans les modèles expérimentaux utilisés dans les études biomédicales, on sous-estime l'ampleur ou la nature traumatique des forces en présence dans les secousses, ou que les secousses soient moins importantes que le choc. En même temps, la fiabilité des aveux des auteurs a été remise en question.

Les progrès enregistrés dans la compréhension des mécanismes présidant aux traumatismes ont amené l'American Academy of Pediatrics à apporter des changements à la terminologie, l'expression « syndrome du bébé secoué » étant remplacée par celles de « traumatisme crânien causé par la violence » ou « traumatisme crânien non accidentel »

Ces expressions suscitent la controverse. Les expressions SBS ou « traumatisme crânien causé par la violence » peuvent être interprétées de manière à imposer une conclusion juridique sur la façon dont le traumatisme ou le décès sont survenus. La désignation de la cause du décès en cas de « traumatisme crânien causé par la violence » est souvent communiquée par le domaine de la médecine légale comme : « traumatisme crânien ». De nombreux médecins légistes estiment que cet énoncé permet au juge des faits de porter un jugement indépendant sur les circonstances entourant le décès et les preuves d'ordre médical.

Pour des raisons éthiques évidentes, il n'existe pas d'expériences de laboratoire qui permettraient de vérifier si des secousses administrées manuellement peuvent produire un traumatisme crânien chez un bébé vivant.

Compte tenu des controverses entourant le diagnostic de SBS, les opinions judiciaires et une affirmation faite récemment par le Royal College of Pathologists (R.-U.) ont permis de conclure que la constellation des trois constatations (triade) est un indice significatif de traumatisme mécanique, comportant éventuellement des secousses vigoureuses, mais qu'elle ne doit pas être considérée comme preuve absolue de traumatisme crânien en l'absence

d'autres éléments de preuve corroborants<sup>6</sup>. Cette position illustre l'état actuel des connaissances médicales.

## **MOMENT DE LA SURVENUE DU TRAUMATISME**

L'expérience et les études ont enrichi les connaissances dont on dispose sur le tableau clinique caractéristique d'un enfant ayant subi un traumatisme crânien. Parfois dans le passé, on interprétait le collapsus ou le décès soudain d'un enfant au moment de la survenue du traumatisme.

Si des lésions axonales traumatiques diffuses au cerveau étaient présentes, on croyait qu'elles entraînaient une perte de conscience immédiate ou rapide. Dans certains cas de SBS, on est en présence de lésions axonales traumatiques signant une application de force directe. Il est plus probable cependant que les dommages au cerveau dans le SBS découlent d'une carence en oxygène (encéphalopathie hypoxique ischémique) secondaire à l'application d'une force traumatique. L'encéphalopathie hypoxique ischémique est accompagnée de différentes manifestations. Ainsi, l'enfant peut ne pas perdre conscience immédiatement.

Bien que l'enfant ne soit pas complètement normal à la suite d'un traumatisme crânien, il peut présenter différents symptômes, dont certains peuvent être vagues et non spécifiques, ce qui limite notre capacité de reconnaître la présence d'un traumatisme crânien. Les études ont démontré qu'on est parfois passé à côté de diagnostics de traumatisme crânien chez des enfants, notamment chez les bébés présentant des symptômes vagues, les symptômes étant alors attribués à différentes autres causes.

Il est donc possible que des heures ou même des jours s'écoulent entre la survenue du traumatisme et la perte de conscience ou le collapsus. Cet intervalle, durant lequel le bébé paraît « lucide » (semble dans une certaine mesure normal), réduit la capacité de déterminer le moment de la survenue du traumatisme et réfute la croyance selon laquelle le bébé devient inconscient immédiatement après avoir été secoué vigoureusement, croyance sur laquelle on s'appuyait précédemment pour identifier l'auteur des gestes comme étant la personne ayant vu le bébé au moment du collapsus.

## **MIMÉTISMES**

---

6. *R. v. Harris et al.* [2005] Jugement de la Cour d'appel d'Angleterre et du Pays de Galles (EWCA Crim), 1981 au paragraphe 70; The Royal College of Pathologists. Rapport sur une réunion de Pathology of Traumatic Head Injury in Children. 10 décembre 2009, page 11.

Avec le temps, on a de plus en plus reconnu le fait que d'autres maladies pouvaient reproduire les observations décrites dans des cas réputés être attribuables à des traumatismes crâniens.

Il est bien documenté que des troubles hémorragiques héréditaires et acquis peuvent entraîner des hémorragies sous-durales et rétinienne qui imitent un traumatisme crânien causé par la violence. De plus, une vaste gamme de troubles ou de maladies peuvent entraîner des manifestations neuropathologiques semblables à celles caractéristiques du traumatisme crânien. Ainsi, les publications médicales reconnaissent ici l'hémorragie sous-durale.

La liste suivante, non exhaustive, indique des causes potentielles expliquant des observations auparavant attribuées à l'administration de secousses.

- traumatisme accidentel;
- anomalies des vaisseaux sanguins;
- interventions médicales ou chirurgicales;
- maladies prénatales, périnatales ou liées à la grossesse;
- traumatisme de la naissance;
- maladies métaboliques, génétiques, oncologiques ou infectieuses;
- malformations congénitales;
- maladies auto-immunes;
- troubles de la coagulation
  - hémorragies faciles (hémophilie, anomalies des facteurs de coagulation)
  - caillots dans les canaux veineux entourant le cerveau (thrombose veineuse);
- effets de médicaments, poisons ou toxines;
- autres causes naturelles non encore découvertes.

À l'heure actuelle, la démarche diagnostique adoptée lorsqu'un enfant présente la constellation de constatations classiques comprend une évaluation clinique et pathologique attentive prenant en compte les éventuels mimétismes, avec tests à l'appui.

## **SAIGNEMENTS ULTÉRIEURS**

Certaines maladies peuvent rendre l'enfant vulnérable aux blessures, par exemple le risque d'épisodes répétés de saignement dans les régions ayant précédemment subi des hémorragies, notamment des saignements liés à la

naissance, dans les interstices entourant le cerveau. Certains ont proposé que l'enfant puisse avoir souffert de saignements de cause médicale ou traumatique et que cet épisode puisse l'avoir prédisposé à d'autres saignements, susceptibles de causer la mort.

### **CHUTES DE FAIBLE HAUTEUR**

Pendant des années, les experts médicaux ont cru, témoignage à l'appui, qu'il faudrait une chute de plusieurs étages pour produire la force suffisante pour causer la constellation d'observations et de décès observée dans les cas de SBS.

Lorsqu'on a alors tenté d'expliquer la constellation d'observations par une chute de faible hauteur, la communauté a rejeté cette hypothèse comme indéfendable, soutenant la croyance que les traumatismes découlaient de l'administration de secousses violentes. La documentation pertinente publiée a démontré que les enfants mouraient rarement de chutes, même de chutes importantes.

Actuellement, on reconnaît qu'une chute accidentelle dans laquelle la tête percute le sol peut entraîner des traumatismes crâniens fatals chez les bébés et les enfants. Ceci survient rarement, mais peut se produire avec des chutes de faible hauteur et les chutes survenant dans les escaliers. Les traumatismes crâniens fatals peuvent aussi se produire dans des accidents comportant la chute d'objets lourds, par exemple un téléviseur. Dans ces cas, on est habituellement en présence d'antécédents d'événements accidentels.

Habituellement, dans un traumatisme crânien accidentel, on note des signes d'impacts à la tête (par exemple lésions au cuir chevelu en présence ou non de fractures du crâne). De plus, on observe souvent une accumulation unilatérale de sang occupant l'interstice sous-dural ou l'espace épidural (saignement dans l'espace situé entre la membrane de soutien externe et la boîte crânienne). Le traumatisme crânien par écrasement est un autre type de traumatisme crânien accidentel.

Une explication reposant sur la survenue d'une chute de faible hauteur doit être examinée à la lumière des connaissances médicales actuelles.

### **HÉMORRAGIES RÉTINIENNES**

On a découvert des hémorragies rétiniennes dans plusieurs manifestations cliniques, associées aussi bien à des maladies naturelles qu'à des événements traumatiques. Il est reconnu que la caractérisation des hémorragies rétiniennes est importante lorsqu'on veut prendre en considération leur signification. Ainsi,



un petit nombre d'hémorragies peuvent être présentes dans différentes manifestations médicales et de traumatismes accidentels.

La documentation médicale actuelle soutient la proposition selon laquelle certaines hémorragies rétinienues (se manifestant en nombre élevé, situées à différentes couches du tissu rétinien et s'étendant vers les limites externes de la rétine) correspondent à des traumatismes crâniens causés par la violence.

Cette constatation est importante aux yeux de beaucoup d'experts parce qu'ils sont d'avis qu'il n'existe pas d'autre cause pour la manifestation de ces hémorragies rétinienues. D'autres spécialistes cependant mettent en garde contre cette conclusion parce que le mécanisme exact présidant aux hémorragies rétinienues n'est pas encore connu. Plusieurs théories ont été avancées, mais aucune n'a été confirmée.

L'incertitude entourant le mécanisme amène certains experts à croire que les hémorragies rétinienues ne permettent pas nécessairement de conclure à la maltraitance.

## **CONCLUSION**

Il existe un certain nombre de sujets à controverse entourant l'interprétation de la constellation de constatations (triade) associée au SBS. D'autres études et recherches ont amené les experts à se poser des questions sur les théories admises initialement. De nombreux professionnels n'acceptent pas la triade comme diagnostic définitif d'abus. Toutefois, ces experts croient que la triade demeure un « indice significatif » de traitement abusif. D'autres estiment que la constellation de constatations est représentative du traumatisme crânien causé par la violence.

Chaque cas doit être évalué attentivement, individuellement et en toute objectivité. Avant de poser un diagnostic irréfutable, il convient de prendre en considération les autres explications possibles de même que les opinions d'experts dans les domaines de la neuropathologie, ainsi que les avis des pédiatres spécialistes de la violence à l'endroit des enfants, des experts en neuroradiologie, en ophtalmologie et en biomécanique.

La science continuera à évoluer et, étant donné l'ampleur des implications juridiques qui en résulte, le système de justice pénale doit s'efforcer de suivre les avancées de la science.

## **NOTE SUR LA TERMINOLOGIE**

Prenant en considération les progrès réalisés dans la compréhension des mécanismes associés aux traumatismes crâniens causés par la violence, les professionnels de la santé au Royaume-Uni et aux États-Unis se sont éloignés du terme mécanistique de « syndrome du bébé secoué » et ont adopté une terminologie visant à inclure tous les mécanismes pouvant rendre possible le traumatisme. Au Royaume-Uni, les intervenants du système de justice pénal préfèrent utiliser le descripteur « NAHI » – Non-Accidental Head Injury, soit traumatisme crânien non accidentel<sup>7</sup> – un terme qui ne renvoie pas spécifiquement aux secousses infligées, mais qui les comprend, avec les autres types de traumatismes crâniens infligés non accidentels. L'American Academy of Pediatrics (AAP) a adopté le descripteur « AHT » - Abusive Head Trauma, soit traumatisme crânien causé par la violence, pour élargir la terminologie de manière à tenir compte des traumatismes primaires et secondaires découlant de l'AHT<sup>8</sup>. Plus précisément, l'AAP a recommandé l'adoption du terme « abusive head trauma » (traumatisme crânien causé par la violence) comme diagnostic utilisé pour décrire la constellation de traumatismes cérébraux, médullaires et crâniens découlant de traumatismes crâniens infligés aux bébés et aux jeunes enfants<sup>9</sup>.

La terminologie utilisée dans le présent rapport comprend des références aux expressions « triade », « syndrome du bébé secoué », « chutes de faible hauteur » et « traumatisme par choc sourd », descripteurs tirés des affaires examinées par le comité. Dans la mesure du possible, le comité a utilisé le terme plus inclusif de « traumatisme crânien causé par la violence » (AHT).

## **L'EXPÉRIENCE DU ROYAUME-UNI**

Le 19 janvier 2004, lord Goldsmith, Conseil de la Reine, procureur général du Royaume-Uni, a annoncé son intention d'examiner les affaires passées d'infanticides afin de découvrir d'éventuelles condamnations douteuses. Cet

---

<sup>7</sup> Le terme « NAHI » a été adopté par la Cour d'appel d'Angleterre dans son jugement *R. v. Harris et al.* [2005] EWCA Crim 1981. Dans son examen des hypothèses acceptées sur le SBS, la Cour d'appel a fait remarquer que le SBS s'appelait plus exactement NAHI (voir *Harris*, plus haut, au paragraphe 56). Le conseil juridique sur le NAHI, publié récemment par le Service du procureur de la Couronne, recommande aux procureurs d'éviter le terme de « syndrome du bébé secoué » à cause de sa charge émotive et parce qu'il ne permet pas de décrire correctement toute la gamme des causes des traumatismes crâniens. Voir Conseil juridique intitulé « Non Accidental Head Injury Cases (NAHI, formerly referred to as Shaken Baby Syndrome [SBS]) – Prosecution Approach », 6 janvier 2011, page 3.

<sup>8</sup> American Academy of Pediatrics, *Pediatrics*, vol. 123, n° 5, mai 2009, p. 1409-1411, *Policy Statement* « Abusive Head Trauma in Infants and Children ».

<sup>9</sup> AAP, *Policy Statement*, plus haut.

examen a été effectué en réponse aux questions soulevées par la Cour d'appel d'Angleterre dans deux causes distinctes de syndrome de mort subite du nourrisson (« SMSN ») ou mort au berceau, *Clark* et *Cannings*<sup>10</sup>. L'étude de Goldsmith comportait un certain nombre de causes impliquant des condamnations ayant trait au SBS.

À cette époque, des controverses portant sur le SBS avaient éclaté. Trois causes de SBS identifiées par lord Goldsmith ont été portées devant la Cour d'appel d'Angleterre. Lord Goldsmith a donc mis de côté les autres cas de SBS dans son examen pour attendre les directives découlant de la décision de la cour. À l'été 2005, après avoir entendu les avis de 25 experts médicaux sur la cause des traumatismes observés dans les cas de SBS, la Cour d'appel a conclu que la « triade » demeurerait un « indice significatif » de SBS, sans en constituer un diagnostic, et que toutes les circonstances, y compris le tableau clinique, doivent être prises en considération. La cour a souligné que chaque cas doit être examiné en fonction des faits et circonstances uniques l'entourant. De plus, la cour a reconnu que dans de rares circonstances, une chute de faible hauteur pourrait causer des traumatismes graves et la mort (*Harris et al*)<sup>11</sup>.

Suivant l'examen de 89 cas de SBS/AHT à la lumière du jugement *Harris*, lord Goldsmith a découvert trois cas qui soulevaient des préoccupations quant au bien-fondé de la condamnation. La majorité des cas examinés incluaient des éléments de preuve supplémentaires appuyant des condamnations, par exemple :

- le bébé avait été percuté contre un mur;
- aveux d'avoir secoué et frappé le bébé;
- fractures antérieures;
- traumatismes crâniens à deux occasions distinctes;
- fractures indiquant que le bébé avait été serré violemment.

Dans les trois causes de SBS, des lettres ont été envoyées aux individus condamnés les informant qu'il pourrait être approprié que la Cour d'appel d'Angleterre et/ou la Commission d'examen des causes criminelles se saisissent de leurs causes, au cas où ces personnes souhaitaient aller plus loin. Les lettres soulignaient qu'aucune détermination n'avait été faite quant au bien-fondé de la condamnation et que le Service du procureur trancherait indépendamment la question de savoir s'il fallait contester ces appels.

Un certain nombre de causes à la Cour d'appel d'Angleterre se sont conformées à la décision du jugement *Harris*, lequel considérait la triade comme un indice significatif de traumatisme crânien non accidentel (NAHI), mais non comme un

---

<sup>10</sup> *R. v. Clarke* [2003] EWCA Crim 1020; *R. v. Cannings* [2004] EWCA Crim 1. La Cour d'appel d'Angleterre a invalidé les condamnations dans les deux causes.

<sup>11</sup> *Harris et al.* [2005] EWCA Crim 1981.



diagnostic sans autre preuve à l'appui. D'autres groupes institutionnels au R.-U. ont abordé des questions ayant trait aux traumatismes crâniens causés par la violence afin de fournir des lignes directrices médicales et juridiques dans ce domaine en pleine évolution. Dans ses grandes lignes, ces groupes semblent approuver la position avancée dans le jugement *Harris et al.*

*(Pour de plus amples détails, voir l'annexe B « L'expérience du Royaume-Uni et des États-Unis. »)*

## **L'AVIS DU RAPPORT GOUDGE**

Le rapport Goudge a été déposé le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Dans son rapport, le juge Goudge a demandé un examen des cas de SBS en Ontario en fonction de la conclusion selon laquelle, à la lumière des progrès de la science de la cause et du mécanisme présidant aux traumatismes crâniens, les causes de décès d'enfants jugés comme étant le résultat du SBS ou de l'AHT invitent à l'examen afin de s'assurer que les condamnations sont bien fondées.

On a distingué trois domaines ayant trait aux traumatismes crâniens chez les enfants dans lesquels l'avis des experts a évolué au cours des ans :

- i) l'avis généralement admis selon lequel la triade en soi est un diagnostic de SBS ne tient plus;
- ii) l'avis généralement admis selon lequel les chutes de faible hauteur ne peuvent jamais causer de traumatisme fatal ne tient plus;
- iii) la plupart des médecins légistes s'entendent pour dire que ce domaine de spécialité est devenu bien plus controversé qu'il l'était au début ou au milieu des années 90<sup>12</sup>.

Les preuves déposées devant la Commission d'enquête Goudge ont démontré que ce domaine de la pathologie a évolué avec le temps, de sorte que les médecins légistes se demandent maintenant si on peut conclure à l'administration de secousses sur la foi de la triade classique de traumatismes, alors que d'autres continuent à défendre l'avis contraire, quoique peut-être moins souvent qu'avant. Selon les mots du juge Goudge, les médecins légistes se considèrent maintenant « placés à différents points du spectre des opinions qui peuvent être formulées ou non sur ces questions ».

Le soutien pour cette proposition peut être trouvé dans la décision de la cause *Harris* dans laquelle la cour a qualifié la triade de traumatismes d'« indice significatif » de traumatisme crânien non accidentel (NAHI), tout en mettant en garde contre son interprétation comme autorisant « automatiquement et

---

<sup>12</sup> Rapport Goudge, vol. 3, page 528.



nécessairement un diagnostic de NAHI<sup>13</sup> ». De l'avis du juge Goudge, cette conclusion soulève des questions quant à savoir si et quand la seule triade peut servir de preuve au-delà de tout doute raisonnable<sup>14</sup>. Cette prémisse se trouvait aussi en toile de fond de l'étude de Goldsmith<sup>15</sup>.

Le juge Goudge a également accepté l'avis aujourd'hui reçu parmi les professionnels selon lequel l'opinion traditionnelle sur les chutes de faible hauteur à domicile (comme quoi elles ne pouvaient causer de traumatismes graves ou de décès) avait progressé sur le spectre d'opinions. L'opinion opposée, traditionnellement rejetée en bloc ou considérée comme marginale, est dorénavant reconnue comme une possibilité devant être envisagée dans certains cas.

Dans cette optique, le juge Goudge a formulé la Recommandation 143 (voir l'annexe A) qui a fourni une base utile pour notre examen<sup>16</sup>.

## **MÉTHODOLOGIE ADOPTÉE DANS L'EXAMEN**

Cette section du rapport décrit en détail la méthodologie suivie par le comité depuis le début de l'examen jusqu'à son achèvement. La recommandation 143 du juge Goudge, que le comité a suivie le plus fidèlement possible, a servi de cadre à cet examen. Essentiellement, l'examen a été réalisé en cinq phases : 1) élaboration du processus et des critères de l'examen; 2) tri initial; 3) analyse détaillée des cas; 4) revue du Comité médical international; 5) conclusions finales du comité. Chaque cas a été abordé séparément. Étant donné le caractère unique des cas étudiés, le comité a adopté une approche consensuelle pour faire face aux questions à mesure qu'elles se soulevaient.

La première tâche du comité a consisté à établir le mandat de l'examen. Peu après avoir été constitué, le comité a rencontré le juge Goudge pour entendre ses idées et conseils sur le processus envisagé pour un examen vaste et efficient.

Le comité a aussi rencontré l'honorable juge Osborne et les membres du Comité de rémunération mis sur pied par le procureur général ainsi que les membres de l'Association in Defence of the Wrongfully Convicted (AIDWYC), la Criminal lawyers Association (CLA) et le Bureau des avocats de la Couronne - droit criminel (CLO-C). Le comité a reçu des commentaires de ces groupes de représentants au début du processus d'examen. En élaborant la méthodologie

---

<sup>13</sup> *Harris et al.* [2005] EWCA Crim 1981, au paragraphe 70.

<sup>14</sup> Rapport Goudge, vol. 3, page 527.

<sup>15</sup> The Review of Infant Death Cases, ajout au rapport, Shaken Baby Syndrome (14 février 2006).

<sup>16</sup> Rapport Goudge, vol. 3, pages 533-535.

de cet examen, les conseils prodigués par ces personnes et groupes ont été des plus précieux.

Le mandat du comité consistait à fournir des avis juridiques au ministre sur les enjeux médicaux ayant trait aux traumatismes crâniens causés par la violence dans 129 affaires. Le comité n'a pas considéré sa fonction comme étant semblable à celle d'un tribunal. Les avocats conseils plaideurs et/ou d'appel ont été approchés dans certains cas, mais pas tous, en fonction des questions ou enjeux spécifiques qui se trouvaient soulevés. L'examen comportait une prise en considération du matériel médical et juridique disponible, de même que des avis du Comité médical international.

Le comité a élaboré le mandat exposé plus loin en fonction d'une étude attentive des principes exposés dans le rapport Goudge.

### **MANDAT**

1. Les 142 cas<sup>17</sup> dont il a été question lors de l'enquête Goudge seront réévalués afin d'établir lesquels ont donné lieu à des condamnations ou à des verdicts de non-responsabilité criminelle.
2. Parmi les condamnations ou les verdicts de non-responsabilité criminelle, dans un certain nombre d'affaires l'on retrouvera des éléments de preuve pathologiques ou non pathologiques de mauvais traitements évidents qui conféreront aux conclusions définitives un caractère raisonnablement non contestable. Afin de faciliter la prise de décisions pour chaque affaire, le Comité a établi un ensemble de critères qui permettent de classer les affaires dans différents groupes. Cette façon de procéder aidera à déterminer s'il existe des préoccupations importantes sur le bien-fondé de la condamnation pour que l'affaire fasse l'objet d'une évaluation à l'externe.
3. L'examen portera également sur les condamnations résultant d'un aveu de culpabilité et d'un procès.
4. L'examen ne se limitera pas aux affaires où la personne déclarée coupable est encore incarcérée. Par contre, ces affaires seront examinées en priorité.

---

<sup>17</sup> Le chiffre « 142 » est tiré directement du Rapport Goudge, *Recommandation n° 143 (g)(i)*. (Se reporter au rapport *Enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario*, Vol. 3, pages 532, 534).

5. L'examen initial portera également sur des documents des bureaux du procureur de la Couronne, du Bureau du coroner en chef et des dossiers des services de police.
6. Les affaires ne seront transmises à l'évaluation à l'externe que si la personne déclarée coupable y consent.
7. Des affaires seront transmises à des pathologistes médico-légaux pour une évaluation à l'externe lorsque le Comité est d'avis qu'il existe des éléments de preuve pathologiques suffisamment importants à l'égard de la décision rendue dans une affaire pour soulever des préoccupations sur le bien-fondé de la condamnation. Les rapports des évaluations à l'externe doivent donner une appréciation du caractère raisonnable des avis des médecins dans les affaires en question au vu des connaissances actuelles. Il sera également important de vérifier si le tribunal a été raisonnablement informé ou non de la portée de la controverse au sujet du syndrome du bébé secoué et des traumatismes crâniens causés par la violence, telle que nous la comprenons aujourd'hui.
8. Les personnes déclarées coupables doivent être informées des conclusions de l'évaluation à l'externe afin qu'elles puissent décider si elles recourent aux procédures permettant d'en appeler d'une condamnation injustifiée.
9. Le procureur sera informé des conclusions de l'examen.

### **IDENTIFICATION DES AFFAIRES EXAMINÉES**

L'examen a porté sur des affaires qui ont donné lieu à des condamnations ou à des verdicts de non-responsabilité criminelle à l'égard de traumatismes crâniens chez des enfants sur une période de 20 ans, y compris le type d'affaires suivantes :

- celles où un diagnostic de syndrome du bébé secoué ou de traumatisme crânien causé par la violence a été formulé;
- les cas de traumatisme crânien causé par la violence où des enfants en bas âge étaient en cause et qualifiés de « chutes de faible hauteur ».

L'examen ne portait pas sur les causes devant les tribunaux de première instance ou d'appel, ni sur celles pour lesquelles une demande en vertu de l'article 696.1 du Code criminel du Canada avait été présentée avant que ne débute le présent processus et où la cause du décès était imputable au syndrome du bébé secoué.



Les enfants en bas âge dans les affaires examinées avaient entre 4 semaines et 4 ans. L'examen a porté sur une période de 20 ans, soit de 1986 à 2006.

Le *rapport Goudge* recommandait que le présent examen débute avec 142 cas de traumatisme crânien chez des enfants en bas âge relevés dans la base de données du Bureau du coroner en chef (BCC).<sup>18</sup>

Dans la liste fournie par le BCC au Comité, seuls paraissaient les noms des enfants en bas âge décédés et quelques données permettant de les identifier ou quelques indications sur les poursuites criminelles intentées et les sentences rendues le cas échéant. En y regardant de plus près, il devint évident que les affaires comprises dans la liste avaient été sélectionnées au moyen de termes beaucoup trop inclusifs afin d'éviter d'escamoter certains cas de traumatisme crânien. Par conséquent, il s'est avéré nécessaire d'enquêter sur les circonstances de chaque affaire afin de déterminer celles qui correspondaient aux paramètres du présent examen. La Police provinciale de l'Ontario a fait preuve d'une très grande collaboration en détachant un policier haut gradé auprès du Comité, chargé de procéder, en premier lieu, à des recherches sur les affaires de la liste fournie par le BCC, recherches qui ont permis d'établir une liste de 129 cas confirmés de décès d'enfants en bas âge liés à un traumatisme crânien.

Cette liste de 129 affaires a été établie à partir de certaines bases de données et comprenait une affaire transmise au Comité par le procureur de la Couronne. Un petit nombre d'affaires a été transmis au Comité par des avocats de la défense de l'Ontario. Toutefois, dans toutes ces causes, les procédures étaient encore en cours et, par conséquent, elles ne s'inscrivaient pas dans le mandat du Comité.

Il y avait également dans cette liste 16 cas de traumatisme crânien chez des enfants en bas âge auxquels le D<sup>r</sup> Charles Smith avait été partie en qualité de pathologiste médico-légal ayant pratiqué l'autopsie ou de consultant. De ces 16 cas, dix se sont soldés par des condamnations au criminel. Ces dix cas ont été ajoutés au corpus du présent examen du fait qu'ils s'inscrivaient directement dans notre mandat puisque la cause du décès était liée à un diagnostic de syndrome du bébé secoué. Lors des procès, les membres de la profession médicale et de la communauté juridique s'en remettaient à une triade de constatations afin de poser un diagnostic de blessures imputables au secouement. Autrement dit, le syndrome du bébé secoué a été considéré comme un diagnostic raisonnable compte tenu des connaissances médicales d'alors. Le Comité est parfaitement conscient des questionnements au sujet du travail du D<sup>r</sup> Smith et, par conséquent, il a examiné avec soin les cas dans lesquels ce dernier était intervenu. Sur les dix cas du « D<sup>r</sup> Smith » qui se sont soldés par des condamnations, deux soulevaient des préoccupations et sont mentionnés dans les conclusions du présent rapport.

---

<sup>18</sup> *Rapport Goudge*, Vol. 3, page 532.



Une fois la liste d'affaires à examiner initialement arrêtée à 129, le Comité pouvait commencer ses travaux.

### **INCLUSION D'AFFAIRES AYANT DONNÉ LIEU À DES PLAIDOYERS DE CULPABILITÉ**

Au nombre des affaires examinées figuraient des condamnations à la suite de plaidoyers de culpabilité. Ces affaires ont été incluses dans l'examen du fait qu'il était possible que certains plaidoyers de culpabilité aient été formulés en fonction de la solidité apparente de la preuve d'ordre médical d'alors, tandis qu'aujourd'hui cette preuve, sur laquelle s'articule la condamnation, pourrait être remise en question. Par conséquent, un aveu de culpabilité n'excluait pas une affaire de l'examen.

Le Comité n'était pas en mesure de présumer des motifs ayant amené un accusé à plaider coupable. Il s'est penché sur les affaires en cause en vue d'établir si la preuve d'ordre médical initiale et (ou) le témoignage sur lesquels s'est articulée la condamnation pourraient remettre en question cette condamnation. Les motifs ayant mené à un aveu de culpabilité et la question à savoir si la sentence peut être invalidée sont des aspects sur lesquels un tribunal pourrait être appelé à se prononcer, dans chaque cas, en se fondant sur les faits et le droit applicables.

### **EXAMEN EN PRIORITÉ DES AFFAIRES DANS LE CADRE DESQUELLES LA PERSONNE RECONNUE COUPABLE ET INCARCÉRÉE PURGE UNE PEINE**

Dès que la liste de 129 affaires a été confirmée, le Comité a immédiatement isolé les affaires dans le cadre desquelles une personne reconnue coupable était encore incarcérée puisqu'il était d'avis que ces affaires où la liberté d'une personne était en cause devaient être examinées en priorité. Sur les 129 affaires, huit personnes reconnues coupables étaient encore incarcérées et le Comité leur a accordé un rang prioritaire.

Dans chacune de ces huit affaires, il y avait passablement d'éléments de preuve de blessures multiples au soutien de la condamnation en plus de la preuve ayant trait à un traumatisme crânien. À titre d'exemple, il y avait des preuves de violence sexuelle, de fractures du crâne et des membres, de brûlures de cigarette et d'autres traces de brûlure, de violence physique à répétition ainsi que de mauvais traitements infligés à un enfant en bas âge corroborés par des témoins. Aucune de ces affaires n'a soulevé de préoccupations sur le bien-fondé de la condamnation quant au diagnostic d'ordre médical ou à l'évolution des connaissances scientifiques.

## **TRI INITIAL DES AFFAIRES – ÉLABORATION DE CATÉGORIES GÉNÉRALES**

Le Comité a réparti les 129 affaires en deux catégories générales en se fondant sur la nature de chaque affaire, les résultats de l'autopsie et d'autres constatations médicales ainsi que sur l'issue de l'affaire. La première catégorie comprenait les affaires ne nécessitant pas d'examen plus poussé, alors que la deuxième englobait celles à réévaluer.

Le Comité a décidé de ne pas réévaluer 81 affaires en se fondant sur un ou plusieurs des facteurs suivants : le traumatisme crânien mortel résultait d'un accident d'automobile, d'un meurtre ou d'un suicide, la personne reconnue coupable était décédée, il n'y avait eu aucune condamnation ou le traumatisme crânien n'était pas la cause du décès.

Dans la deuxième catégorie, 48 affaires ayant donné lieu à une condamnation correspondaient à l'un des types suivants : (i) celles reposant seulement sur la triade de constatations, (ii) celles où il semblait y avoir une preuve de traumatisme crânien causé par un choc sourd, et (iii) celles où il semblait y avoir de multiples blessures en plus du traumatisme crânien. Le nombre de cas de la deuxième catégorie s'élevait à 48.

## **ANALYSE DÉTAILLÉE DES CAS (PROCESSUS DE TRI POUSSÉ)**

Ayant exclu 81 affaires du processus d'examen, le Comité a mis l'accent sur les 48 cas qui se sont soldés par une condamnation liée à un traumatisme crânien fatal chez un enfant. Afin d'analyser plus à fond ces affaires, il était nécessaire de prendre les dispositions suivantes :

1. recueillir des documents, y compris d'autres dossiers médicaux, de police et de la Couronne ainsi que d'autres transcriptions de débats judiciaires;
2. mettre sur pied une équipe de travail composée de procureurs de la Couronne, d'avocats de la défense et de coordonnateurs de la gestion des cas afin d'aider le Comité;
3. mettre au point un processus d'obtention de consentements des personnes déclarées coupables en vue de soumettre leurs dossiers à une réévaluation d'ordre médical plus poussée par le CMI;
4. informer les parents non délinquants que les affaires ont été transmises au CMI en vue d'une réévaluation d'ordre médical plus poussée;

5. élaborer des critères de transmissions des dossiers au CMI afin de nous guider dans nos débats;
6. élaborer un processus de réévaluation pour le Comité médical international (CMI).

## **DOCUMENTS RECUEILLIS**

Le maximum a été fait afin que le Comité et le CMI disposent de toutes les données nécessaires pour chaque affaire transmise.

Des dossiers et des données initiales ont été obtenus de sources diverses. Des contacts ont été établis avec des tribunaux de première instance et d'appel, et des directeurs régionaux des services des procureurs de la Couronne. D'autres contacts ont été établis avec divers services de police de l'Ontario et du Manitoba, ainsi qu'avec les tribunaux de la province, en vue d'obtenir des dossiers et des documents supplémentaires au besoin. Tous ces documents ont été copiés et numérisés. Il s'agissait d'une tâche impressionnante compte tenu du nombre et de la nature des affaires en question, qui dans certains cas remontaient à plus de 20 ans.

Une fois une affaire retenue en vue d'une réévaluation par le CMI, d'autres documents médicaux ont été recueillis, y compris des photographies, des éléments de preuve du médecin légiste ainsi que ses lames de microscope. Des hôpitaux, des médecins et des cliniques ont fourni des documents au Comité. Pour toutes les affaires transmises au CMI, des mandats de perquisition et (ou) des ordonnances de communication ont été mis en œuvre afin d'obtenir tous les dossiers d'hospitalisation, y compris les dossiers de naissance, ainsi que les dossiers des services d'imagerie diagnostique.<sup>19</sup> Des efforts ont été déployés afin de veiller à fournir au CMI un tableau clinique précis de la vie de l'enfant en bas âge décédé. Au total, cinquante-deux (52) mandats de perquisition et ordonnances de communication ont été mis en œuvre par la Police provinciale de l'Ontario et le service de police de Winnipeg dans un certain nombre d'hôpitaux et de bureaux de médecin de l'Ontario et de Winnipeg.

## **L'ÉQUIPE DE TRAVAIL**

Dans le but de faciliter le processus de réévaluation, une équipe composée de sept procureurs de la Couronne et d'un avocat de la défense de grande expérience a été mise sur pied avec mandat de procéder à un examen approfondi de chacune des 48 affaires. Des séances d'orientation ont eu lieu afin d'informer les membres des questions d'ordre médical et judiciaire en cause et

---

<sup>19</sup> Un nombre limité de dossiers n'a pas pu être obtenu parce que ceux-ci avaient été supprimés par la Gestion des documents du fait du passage d'un grand nombre d'années.



de veiller à une uniformité dans la façon d'examiner les documents de chaque affaire. Les affaires ont été réparties entre les membres de l'équipe en procédant de façon prioritaire à l'égard des huit affaires où la personne reconnue coupable était encore incarcérée. Comme il a été précisé plus tôt, le Comité avait alors terminé son examen initial de l'ensemble des 48 affaires et avait constaté, dans chacune des huit affaires où la personne reconnue coupable était incarcérée, l'existence de blessures très graves chez l'enfant en sus du traumatisme crânien. L'examen de l'équipe de travail a confirmé ces observations initiales.

L'équipe de travail a procédé à un examen objectif des documents de l'ensemble du dossier dans chaque affaire en accordant une attention particulière aux rapports médicaux et aux témoignages d'experts. Les membres de l'équipe se sont réunis à intervalles réguliers, souvent avec les avocats et les médecins du Comité, afin de discuter d'aspects médicaux et juridiques complexes de ces affaires et de mieux les cerner. Ce processus a permis à l'équipe de donner suite aux questions en suspens ou aux demandes de documents supplémentaires avant que chaque affaire soit soumise à l'ensemble des membres du Comité. Par exemple, dans certaines affaires, un membre du Comité avait demandé un complément d'information sous forme de dossiers médicaux, de photographies ou de transcriptions supplémentaires.<sup>20</sup>

Pour certaines affaires, l'examen des documents disponibles ne permettait pas de déterminer si les parties étaient conscientes de l'existence des controverses de nature scientifique et (ou) si elles avaient eu la possibilité de les soupeser au moment du procès. Par exemple, dans certaines affaires, il y a eu des ententes de plaidoyers de culpabilité alors que des controverses de nature scientifique émergeaient, et il n'a pas été possible de déterminer, à partir des documents, si l'avocat était au courant de l'existence de ces controverses et avait eu la possibilité de les soupeser. Il a été décidé de demander à un des membres du Comité de communiquer avec le procureur de la Couronne et (ou) l'avocat de la défense dans l'affaire concernée. Dans la majorité des affaires examinées, cette mesure n'a pas été nécessaire puisque l'information transparaissait clairement dans les documents consultés.

Cette étape de l'examen, à la fois complexe et exigeant beaucoup de temps, a duré environ quatre mois.

### **CRITÈRES RETENUS PAR LE COMITÉ POUR CHOISIR LES AFFAIRES À TRANSMETTRE AU COMITÉ MÉDICAL INTERNATIONAL**

---

<sup>20</sup> Le juge Goudge avait recommandé de récupérer les transcriptions des débats judiciaires après que la personne reconnue coupable ait consenti à un nouvel examen. Toutefois, le Comité a jugé que les transcriptions pertinentes des débats judiciaires lui avaient été d'un très grand secours dans le cadre du processus de prise de décision et a donc obtenu les transcriptions, au besoin, avant de décider de transmettre ou non une affaire au CMI.



Les trois principes présentés ci-dessous ont présidé à l'élaboration des critères retenus pour choisir de transmettre une affaire au Comité médical international (CMI).

- Les connaissances scientifiques au sujet des traumatismes crâniens chez les enfants évoluent sans cesse. La réévaluation avait pour objet d'obtenir des avis médicaux au sujet d'affaires suscitant des préoccupations du point de vue de la preuve d'ordre médical initiale à la lumière des connaissances scientifiques actuelles.
- Dans certaines affaires, le grand nombre de blessures graves rendaient non pertinente toute controverse d'ordre médicale compte tenu des questions sérieuses ayant trait à la cause du décès et sur lesquelles portaient les procès.
- Il y avait peut-être des affaires où la preuve d'ordre médical était inexacte, mais la solidité de la preuve d'ordre non médical écartait toute possibilité de remise en question du verdict rendu.

Le Comité a convenu des critères qui suivent et les a appliqués à chacune des 48 affaires :

1. Y avait-il des inexactitudes au niveau de la preuve d'ordre médical, du témoignage d'expert ou des rapports dans l'affaire? Par exemple, y avait-il des erreurs possibles de diagnostic de la triade et (ou) d'autres questions d'ordre médical qui auraient justifié une enquête plus poussée?
2. Était-on en présence de la triade sans aucun ou presque aucun autre élément de preuve pouvant soutenir le diagnostic de « syndrome du bébé secoué »?
3. Des blessures concomitantes à la triade étaient-elles présentes? Une preuve de mauvais traitements, tels que des fractures et des ecchymoses, survenus au même moment que le traumatisme crânien ou vers cette date, a été prise en compte dans l'analyse afin de déterminer si l'élément de preuve permettait de ne pas mettre en doute la validité de la condamnation. Le Comité a également noté, dans certaines affaires, des éléments de preuve de mauvais traitements antérieurs, mais non nécessairement imputables à l'accusé, qui ont été pris en compte, mais qui n'ont pas été considérés comme aussi probants que les autres éléments de preuve.
4. Y avait-il des indices selon lesquels l'accusé était le seul à avoir pu commettre le crime? L'évolution de certaines connaissances scientifiques a trait à la détermination du moment où s'est produit un

événement traumatique, ce qui pourrait signifier qu'une personne autre que celle reconnue coupable pourrait avoir pu commettre le crime.

5. A-t-on pu constater des antécédents de chutes accidentelles qui auraient pu expliquer le décès du bébé? Traditionnellement, l'on estimait qu'un bébé ne pouvait pas mourir d'une « chute de faible hauteur ». La littérature actuelle suggère que même si cela est rare et inhabituel, une « chute de faible hauteur » peut entraîner un décès.
6. L'avocat de la défense était-il au courant des controverses au sujet du syndrome du bébé secoué et de la triade avant le plaidoyer de culpabilité? Au procès, le cas échéant, cet avocat a-t-il eu accès à de l'information sur ces controverses? La défense a-t-elle retenu les services d'un expert?
7. Y avait-il des éléments de preuve non médicaux au soutien de la condamnation, tels que des témoins oculaires ou des aveux crédibles? Ce critère comporte une restriction puisque, après réévaluation, certains aveux donnent à penser qu'ils pourraient avoir été obtenus sous contrainte et à la suite d'un interrogatoire musclé.
8. Une réévaluation du dossier médical est-elle nécessaire pour rétablir la confiance dans l'administration de la justice? Par exemple, existe-t-il un motif véritable de demande de révision en vertu de l'article 696.1? S'agissait-il d'une affaire du D<sup>r</sup> Smith?
9. Des documents médicaux appropriés existaient-ils et était-ce possible de les obtenir afin de les réévaluer d'un point de vue médical (tels que des lames de microscope et des rapports médicaux)?

## **EXAMEN PAR L'ENSEMBLE DES MEMBRES DU COMITÉ**

Les critères précités ont été pris en compte dans le cadre de l'analyse de chaque affaire. En procédant ainsi, le Comité a pu déterminer quelles affaires pourraient bénéficier d'une évaluation par le CMI du caractère raisonnable des avis des pathologistes médicoolégaux au vu des connaissances médicales actuelles, y compris si le tribunal avait été informé de la controverse au sujet du syndrome du bébé secoué et des traumatismes crâniens chez des enfants.<sup>21</sup> Dans certains cas, un seul critère a suffi pour transmettre l'affaire au CMI, tandis que dans d'autres, compte tenu de l'importance d'autres aspects, un critère isolé n'a pas été jugé suffisant pour justifier la transmission de l'affaire.

---

<sup>21</sup> Voir le *Rapport Goudge*, Recommandation n° 143 (g)(viii), page 535.

Les débats des membres du Comité sur les interrogations soulevées par ces affaires l'ont aidé, ultimement, à répartir ces affaires en trois catégories :

- 1) triades de blessures;
- 2) traumatisme crânien imputable à un coup violent;
- 3) blessures multiples, y compris un traumatisme crânien.

Au terme de cette étape, le Comité avait isolé 13 affaires devant faire l'objet d'une réévaluation d'ordre médical par les experts internationaux. Aucune des personnes reconnues coupables dans ces 13 affaires n'était alors incarcérée.

### **CONSENTEMENT DES PERSONNES RECONNUES COUPABLES**

Le Comité a demandé le consentement des 13 personnes reconnues coupables à titre de condition préalable à la transmission de leurs dossiers en vue d'une réévaluation d'ordre médical à l'externe. Ce consentement était considéré comme nécessaire conformément à la recommandation du juge Goudge selon laquelle le Comité ne devait aller de l'avant dans ces affaires seulement s'il obtenait le consentement des personnes condamnées.<sup>22</sup> Le Comité comprenait que certaines de ces personnes pouvaient ne pas avoir envie de rouvrir ce chapitre de leur vie et il a respecté leurs points de vue.

Il a été décidé de contacter l'ancien avocat de chaque personne reconnue coupable afin de demander à ce dernier d'informer son ancien client de l'objectif de l'examen et du fait qu'une réévaluation d'ordre médical avait été recommandée à l'égard de son dossier. Dans les cas où l'avocat inscrit au dossier n'avait pas été en mesure de parler au client,<sup>23</sup> le Comité s'est mis directement en rapport avec ce dernier et l'a informé qu'il souhaitait soumettre son dossier à une réévaluation d'ordre médicale. Il a été conseillé à ces personnes de consulter un avocat. À cet égard, la Criminal Lawyers Association a fait preuve de très grande collaboration en prenant des arrangements afin de mettre à la disposition de n'importe laquelle des 13 personnes reconnues coupables les services d'avocats de grande expérience, et ce, sans frais et en toute confidentialité. La Police provinciale de l'Ontario a apporté son aide au Comité et à l'avocat au dossier, au besoin, afin de communiquer avec ces personnes.

De plus, le Comité a fait parvenir une lettre, accompagnée d'un formulaire de consentement, à chacune des 13 personnes condamnées. Cette lettre renfermait des précisions sur le processus de réévaluation en plus d'expliquer que le Comité avait décidé de transmettre leur dossier à un groupe d'experts médicaux

<sup>22</sup> Veuillez vous reporter à la Recommandation n° 143 (g)(v).

<sup>23</sup> Certains avocats avaient été nommés juges, d'autres avaient pris leur retraite ou étaient décédés.



internationaux (*veuillez vous reporter à l'Annexe C pour un exemple de la lettre et du formulaire de consentement*). Il était expressément précisé dans cette lettre que la réévaluation d'ordre médical n'était pas un processus obligatoire et que l'on ne pourrait pas aller de l'avant sans leur consentement. Dans la lettre, le destinataire était invité à communiquer avec un avocat, et on indiquait le numéro de téléphone de la Criminal Lawyers Association ainsi que le numéro sans frais du Bureau de l'excellence en matière de justice, au ministère du Procureur général, à composer pour de plus amples renseignements ou pour toute question. On demandait à chaque personne reconnue coupable de signer le formulaire et de le retourner en précisant sa décision.

Dans la majorité des cas, le Comité a fait parvenir la lettre et le formulaire de consentement dans une enveloppe scellée à l'avocat de la défense, accompagnée d'une lettre qui précisait le contenu de l'enveloppe et lui demandait de la remettre à son ancien client *après* l'avoir informé par téléphone du processus de réévaluation. Lorsqu'il n'a pas été possible de procéder de la façon précitée, le Comité a informé directement la personne reconnue coupable de la lettre et du formulaire de consentement, lui a offert de s'adresser à la Criminal Lawyers Association pour obtenir des conseils juridiques et lui a demandé de signer le formulaire de consentement en indiquant sa décision et de lui retourner le tout.

Sur treize dossiers, neuf personnes ont consenti à la réévaluation.

Trois personnes n'ont pas donné leur consentement et une quatrième n'a pas pu être retrouvée malgré les efforts déployés par les services policiers, des membres de sa famille et de sa collectivité et l'avocat de la défense. Dans un souci de très grande prudence, ce quatrième dossier a été transmis au CMI. Les conclusions découlant de la réévaluation de ce dossier seront communiquées au Procureur général et au défendeur s'il en fait la demande.

### **COMMUNICATION AVEC LES PARENTS NON DÉLINQUANTS**

La façon d'informer les parents non délinquants dans les 13 affaires désignées en vue d'une réévaluation plus poussée et le moment opportun pour le faire ont fait l'objet de nombreuses discussions. Tous les membres du Comité étaient préoccupés de la réaction des parents non délinquants ainsi que de celle des autres membres de la famille s'ils entendaient parler du processus de réévaluation avant que l'on ait pu leur communiquer des renseignements précis sur l'objet et les paramètres de la réévaluation. Il a donc été décidé de communiquer avec les 13 parents non délinquants avant qu'ils n'apprennent que la personne reconnue coupable avait consenti à la réévaluation d'ordre médical à l'externe.



Le Comité a demandé l'assistance du Programme d'aide aux victimes et aux témoins du ministère du Procureur général afin de communiquer avec les parents non délinquants dans ces affaires. Des précisions sur la portée de la réévaluation et le processus ont été fournies, et chacune des personnes visées a été invitée à se mettre en rapport avec le Bureau de l'excellence en matière de justice si elle avait d'autres questions ou préoccupations. À des fins de suivi, un numéro de téléphone sans frais et une adresse de courriel ont été fournis.

### **PROCESSUS DE RÉÉVALUATION D'ORDRE MÉDICAL INDÉPENDANTE DES DOSSIERS**

La crédibilité du processus de réévaluation d'ordre médical est essentielle si nous souhaitons rétablir la confiance du public à l'égard de la pathologie judiciaire pédiatrique et de sa mise en œuvre dans le cadre du système de justice pénale. Une réévaluation d'ordre médical indépendante et objective des dossiers était nécessaire. Afin d'atteindre cet objectif, le Comité a décidé d'inviter un groupe d'experts médicaux reconnus à l'échelle internationale<sup>24</sup> à se réunir à Toronto pour évaluer les cas qui leur seraient soumis. De cette façon, les médecins praticiens auraient la possibilité de discuter de chaque cas en groupe, puis de rédiger un rapport de leurs conclusions. En confiant aux mêmes personnes le soin d'examiner chaque cas, le Comité espérait atteindre une perspective uniforme dans la façon d'aborder les cas et dans les rapports médicaux.

Le Comité a décidé que la composition du groupe d'experts devait correspondre à la celle d'une équipe type d'experts généralement mise à contribution lorsqu'un enfant est admis à l'hôpital et meurt d'un traumatisme crânien. Elle s'est donc mise à la recherche de chefs de file reconnus à l'échelle mondiale en pathologie judiciaire, en neuropathologie et en matière de mauvais traitements infligés aux enfants pour la conseiller à l'égard de ces cas difficiles. Le Comité s'est efforcé de constituer un groupe dont les membres possédaient les qualités essentielles suivantes :

- respect de leurs pairs au sein de la communauté médicale internationale;
- formation, expérience et compétences dans leur domaine d'expertise;
- solides connaissances reposant sur des travaux de recherche;
- vaste éventail d'expériences;
- sens de l'objectivité pondéré.

Une demande de déclarations d'intérêt a été envoyée à des membres des disciplines pertinentes. Ultimement, le Comité a invité les cinq experts médicaux de renommée mondiale dont les noms suivent à prendre part au processus de réévaluation, chacun hautement habilité à formuler des opinions sur des cas de

---

<sup>24</sup> Le Comité a désigné ce groupe d'experts sous le nom de « Comité médical international » ou « CMI ».

traumatismes crâniens chez des enfants et jouissant du respect de ses collègues et reconnu pour son sens de la justice et son impartialité.

- D<sup>r</sup> Stephen Cordner (Australie) – pathologiste médico-légal
- D<sup>r</sup> Kim Collins – (États-Unis) – pathologiste médico-légal
- D<sup>r</sup> Helen Whitwell (Angleterre) – pathologiste médico-légale et neuropathologiste
- D<sup>r</sup> Carole Jenny (États-Unis) – experte en matière de mauvais traitements infligés aux enfants
- D<sup>r</sup> Kent Hymel (États-Unis) – expert en matière de mauvais traitements infligés aux enfants

Le Comité savait qu'il aurait peut-être à consulter des experts dans d'autres domaines durant le processus de réévaluation, en fonction des circonstances propres à chaque affaire, et il a informé le Comité médical international qu'il pourrait être appelé à consulter d'autres experts au cas par cas.

### **LA RÉÉVALUATION DU CMI**

Les membres du CMI se sont réunis à Toronto du 22 mars au 1<sup>er</sup> avril 2010, soit au total pendant neuf jours ouvrables, pour évaluer en groupe chacun des dix cas. Avant son arrivée à Toronto, chaque membre du CMI s'est vu remettre des documents dans lesquels se trouvaient un résumé de chaque cas, les rapports d'autopsie et des rapports médicaux supplémentaires. Durant leur séjour, les membres du CMI pouvaient consulter, dans une salle travail sécurisée, des copies papiers des documents précités ainsi que les dossiers complets de chaque cas, y compris la totalité des dossiers médicaux et d'hospitalisation, radiographies, transcriptions et notes disponibles relatives à ces cas.

### **CALENDRIER DU CMI**

Les experts du Comité médical international ont commencé à réévaluer les cas le lundi 22 mars 2010 et ont travaillé sans relâche pendant neuf jours pour traiter l'ensemble des dix cas. Ils ont terminé les réévaluations et remis dix rapports le 31 mars 2010.

Les membres du Comité médical international ont travaillé dans un endroit sécurisé. Tous les documents sont demeurés dans ce lieu pendant neuf jours et étaient mis sous clef chaque soir.

### **QUESTIONS DEVANT ÊTRE PRISES EN COMPTE DANS LES DÉBATS DU CMI**

Le Comité a élaboré une liste de questions à examiner pour chaque cas afin de faciliter le processus de réévaluation et d'assurer l'uniformité à la démarche. Le CMI les a peaufinées pour arriver aux questions reproduites ci-dessous qui l'ont guidé dans ses débats et dont il a traité dans ses rapports.

1. Quelle était la cause du décès?
2. Existe-t-il une autre cause de décès démontrable non liée à un traumatisme crânien?
3. Les antécédents peuvent-ils raisonnablement expliquer les constatations clinicopathologiques de traumatisme crânien?
4. a) À défaut d'antécédents de traumatisme crânien, les constatations clinicopathologiques s'expliquent-elles seulement par un traumatisme crânien?  
 b) À défaut d'antécédents de traumatisme crânien, la cause des constatations clinicopathologiques peut-elle exclure le traumatisme crânien?
5. La réévaluation de ce cas a-t-elle mis à jour un nouvel aspect médico-légal important?
6. La réévaluation est-elle limitée ou gênée de quelque façon importante que ce soit?

### **PROCESSUS DE DISCUSSION ET DE PRISE DE DÉCISION**

Les 10 cas ont été répartis entre les différents experts qui s'en sont vu confier deux à réévaluer avec soin. Au terme de leur réévaluation, ils ont présenté aux autres membres les faits pertinents de chacun de ces cas. Ainsi, chacun des cinq experts disposait de tous les détails nécessaires dans chaque cas pour qu'il soit possible de discuter des questions principales. Les présentations de cas portaient, notamment, sur les antécédents connus ayant mené au décès, sur les hospitalisations ainsi que sur la totalité des antécédents et des constatations d'ordre médical d'importance. Les photographies des autopsies étaient accessibles et l'on s'y est fié lorsqu'elles étaient pertinentes tout comme ce fut le cas des lames de microscope. Les questions précitées ont permis d'orienter les débats du CMI sur les aspects importants.

Les D<sup>rs</sup> Michael Pollanen et Dirk Huyer, membres du Comité, ont agi à titre de modérateurs des discussions du CMI en s'assurant que les questions pertinentes étaient abordées et recevaient une réponse. Ni l'un ni l'autre n'ont pris part aux débats, ni formulé d'opinions à ce sujet. Ils étaient prêts à répondre aux



questions sur les procédures médicales ayant cours en Ontario et à obtenir, au besoin, d'autres renseignements médicaux.

Le neuropathologiste et les pathologistes médicolégaux communiquaient avec le Bureau du coroner en chef à la fin de chaque journée et avec le D<sup>r</sup> Michael Pollanen durant les fins de semaine en vue d'examiner les lames de microscope. Les conclusions de l'examen des lames de microscope ont été communiquées aux autres membres du CMI et ont été prises en compte dans les rapports de chaque cas.

### **RAPPORTS DU CMI**

Au terme de la réévaluation de chaque cas, un rapport a été rédigé, faisant état des aspects pris en compte par les experts internationaux et de leurs conclusions. Dans la majorité des cas, mais pas dans tous, un consensus a été atteint. Cet aspect est souligné dans chacun des rapports. Les cinq experts ont signé chacun des rapports une fois qu'ils ont considéré qu'ils reflétaient les opinions de l'ensemble du groupe. Chacune des dix personnes reconnues coupables a le droit de prendre connaissance du rapport d'ordre médical du CMI établi à l'égard de son cas.

### **RÉSULTATS DE LA RÉÉVALUATION DU CMI**

Les experts ont examiné tous les éléments de preuve d'ordre médical présentés lors du procès et de l'appel ainsi que les lames de microscope, les radiographies, les images par résonance magnétique et les tomodensitogrammes, le cas échéant. En outre, les dossiers d'hospitalisation, les rapports d'autopsie, les photos des autopsies, les résultats des examens médicaux, les dossiers de naissance et les résumés de cas, ainsi que les documents originaux de chaque dossier, ont été examinés. Les rapports du CMI renferment les analyses et les conclusions des membres du Comité sur les questions ayant trait aux traumatismes crâniens.

Certaines affaires étaient de purs cas de « triades ». Le CMI a procédé avec prudence pour ces cas. Les experts ont analysé d'un œil critique chaque cas afin d'établir si le décès pouvait s'expliquer par d'autres causes, y compris des causes naturelles et les suites de maladies. Les experts considèrent la triade comme un fort indicateur ou un indicateur très probable de traumatisme crânien imputable à de mauvais traitements. Toutefois, ils n'ont pas posé ce diagnostic sans d'autres solides éléments de corroboration. Le CMI a également reconnu que des blessures graves, voire mortelles, pouvaient être causées par une « chute de faible hauteur ».

Sur les dix cas transmis au CMI, la preuve d'ordre médical présentée initialement n'a soulevé aucune préoccupation dans six de ces cas.



Par contre, dans quatre cas, le CMI a relevé des questions préoccupantes. Dans deux de ces cas, les experts ont relevé certaines caractéristiques propres à la triade de constatations. Par contre, ils en sont venus à la conclusion que les deux cas présentaient des caractères atypiques, et ils n'arrivaient pas à s'entendre sur la cause du décès ou sur le fait que ce dernier était imputable à un traumatisme crânien.

Dans le troisième cas, les membres du CMI ont convenu que le décès était imputable à un traumatisme crânien et ont relevé l'existence d'indices compatibles avec une blessure imputable à un traumatisme causé par un choc sourd. Toutefois, l'hypothèse d'une chute de faible hauteur a été avancée et les membres du CMI ne s'entendaient pas pour nécessairement imputer les blessures à une chute de faible hauteur.

Dans le quatrième cas, les membres du CMI étaient d'accord sur le fait que la preuve correspondait à un traumatisme crânien et qu'un nombre important d'éléments de preuve soutenaient leur opinion. Toutefois, le CMI a conclu que la preuve d'expert présentée au procès, et l'avis médical sur lequel cette preuve était fondée, étaient inexacts.

Même si le Comité espérait une unanimité pour les dix cas, il n'est certes pas surprenant que la controverse qui a cours dans la communauté médicale se manifeste dans certains des avis du CMI.

Le CMI n'a pas tenu compte de tous les aspects médicaux ou juridiques comme la négligence médicale qui aurait pu être soulevée. Les avis du CMI s'en tiennent spécifiquement au traumatisme crânien comme cause de décès. Ses membres ont procédé aux réévaluations selon un calendrier précis (dix jours) et en fonction d'un accès limité à divers documents. Ils n'ont procédé à aucun essai indépendant.

Les cas ont été évalués en fonction des connaissances médicales actuelles et de la façon dont on interprète actuellement les traumatismes crâniens chez les enfants. Toutefois, à mesure que progresseront les connaissances scientifiques à cet égard, certaines questions en suspens au sujet de ces traumatismes pourraient être résolues. Si et quand cela surviendra, ces cas pourraient être réévalués de façon différente au vu de nouvelles découvertes scientifiques.

## **CONCLUSIONS DU COMITÉ**

À la demande du procureur général et conformément à la recommandation du juge Goudge, le Comité a procédé à une réévaluation des condamnations en Ontario liées à la mort d'enfants et attribuables au syndrome du bébé secoué ou à un traumatisme crânien imputable à de mauvais traitements.

L'Ontario a eu beaucoup de chance de pouvoir compter sur le savoir de chefs de file de renommée mondiale en pathologie médico-légale, en neuropathologie et en pédiatrie qui l'ont fait bénéficier de leur point de vue collectif sur les traumatismes crâniens chez des enfants dans les dix cas que le Comité leur avait transmis.

Les conclusions de cette réévaluation révèlent que sur 48 condamnations au criminel ayant trait à des traumatismes crâniens imputables à de mauvais traitements, la très grande majorité de ces cas, soit 44, ne soulève pas de préoccupations quant au bien-fondé de la condamnation. Le Comité a décelé quatre cas qui pourraient en soulever en se fondant sur les rapports du CMI et sur son analyse des faits et des circonstances propres à chaque cas. Dans deux de ces cas, le D<sup>r</sup> Smith avait témoigné devant jurés. Aucune des deux personnes en cause n'est incarcérée.

Le Comité n'a pas tiré de conclusion définitive quant au bien-fondé des condamnations dans les cas examinés. Il a informé le procureur général des cas qui pourraient soulever des préoccupations. Il incombera à ce dernier de décider si d'autres mesures doivent être prises au vu des constatations du Comité. Ultimement, il appartient à chacune des personnes reconnues coupables de décider de pousser plus loin ou non l'analyse.

Fait à Toronto, Ontario, Canada, le 4 mars 2011.

---

Juge D. Ebbs

---

D<sup>r</sup> Michael Pollanen

---

D<sup>r</sup> Dirk Huyer

---

Marie Henein

---

Mary Nethery

Le 14 mars 2011

## **Déclaration du procureur général à l'occasion de la publication du rapport de l'Équipe d'examen des décès dus au syndrome du bébé secoué**

En décembre 2008, après la publication du rapport du juge Stephen T. Goudge sur l'Enquête sur la médecine pédiatrique légale en Ontario, j'ai annoncé l'examen des cas de décès d'enfants qui ont donné lieu à des condamnations criminelles fondées sur des preuves de traumatismes crâniens ou du syndrome du bébé secoué.

Le travail de l'Équipe d'examen des décès dus au syndrome du bébé secoué, dirigée par l'honorable juge Donald A. Ebbs, est maintenant terminé.

Je tiens à remercier tous les membres de l'Équipe d'examen, ainsi que les experts internationaux, de leur excellent travail, de leur collaboration, de leur dévouement et de leur persévérance à mener à terme cet examen difficile, mais important.

L'Équipe a mis au point des critères rigoureux afin d'examiner systématiquement les aspects médicaux et juridiques des cas de traumatismes crâniens chez des enfants, qui se sont produits entre 1986 et 2006. La majorité de ces cas n'ont soulevé aucun problème.

L'Équipe d'examen a cerné quatre cas problématiques, selon les rapports préparés par un comité médical international et les analyses des faits et circonstances étudiés par le comité dans chacun de ces cas. L'Équipe d'examen n'a pris aucune décision sur la culpabilité ou l'innocence de quiconque dans les cas qu'elle a examinés.

Nous tentons de contacter toutes les personnes, dont les cas ont été renvoyés devant le comité médical international, pour les informer des résultats de l'examen par le comité et leur permettre de prendre une décision sur les prochaines étapes.

Ces renseignements ont été communiqués au procureur en chef de l'Ontario ainsi qu'au Bureau des avocats de la Couronne - Droit criminel du ministère pour étude et prise de mesures appropriées, dont la collaboration avec les avocats de la défense. Nous continuerons de coopérer avec tous les participants au système de justice en vue d'accélérer les cas où une injustice est invoquée.

Chris Bentley, procureur général

Renseignements sur l'examen des cas de « bébés secoués » en Ontario.

Lire le rapport sur les cas de décès d'enfants dus au syndrome du bébé secoué en Ontario.





## **L'Ontario achève l'examen des cas de décès d'enfants dus au syndrome du bébé secoué**

Le 14 mars 2011

En décembre 2008, après la publication du rapport du juge Stephen T. Goudge sur l'Enquête sur la médecine pédiatrique légale en Ontario, le procureur général a lancé un examen médico-juridique des cas de décès d'enfants qui ont donné lieu à des condamnations criminelles fondées sur des preuves de traumatismes crâniens ou du syndrome du bébé secoué.

À la lumière de l'évolution profonde de la médecine légale pédiatrique concernant le syndrome du bébé secoué et des traumatismes crâniens chez les enfants ces 20 dernières années, l'examen a été entrepris afin de déterminer si les condamnations rendues dans les cas où ces traumatismes ont joué un rôle important posaient ou non des problèmes.

L'Équipe d'examen des décès dus au syndrome du bébé secoué se composait des personnes suivantes :

- l'honorable juge Donald A. Ebbs de la Cour de justice de l'Ontario et ancien juge en chef associé de l'Ontario,
- le Dr Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario,
- le Dr Dirk Huyer, coronar régional principal,
- Marie Henein, avocate de la défense principale,
- Mary Nethery, avocate de la Couronne principale et directrice de l'excellence en matière de justice.

### **DÉMARCHE**

L'Équipe d'examen a adopté une approche fondée sur le consensus et élaboré des critères rigoureux afin d'examiner systématiquement les aspects médicaux et juridiques des cas de traumatismes crâniens chez des enfants, qui se sont produits entre 1986 et 2006. La Commission d'enquête Goudge a été alertée à 142 cas potentiels de décès d'enfant dus à des lésions crâniennes. Un examen approfondi a révélé qu'en raison d'une répétition de dossiers, il y avait en fait 129 cas.

Après un premier tri de ces 129 cas, l'Équipe d'examen a déterminé que 48 d'entre eux nécessitaient une analyse plus approfondie. Parmi ces cas, dix ont été portés devant un comité médical international, composé de spécialistes renommés du domaine de la médecine légale, de la neuropathologie et de la médecine pédiatrique, chargés de formuler leurs points de vue et opinions.

Le comité d'experts internationaux se composait des personnes suivantes :

- le Dr Stephen Cordner, médecin légiste d'Australie,
- la Dre Kim Collins, médecin légiste des États-Unis,
- la Dre Helen Whitwell, médecin légiste /neuropathologiste d'Angleterre



- la Dre Carole Jenny, professeure de médecine pédiatrique et spécialiste des mauvais traitements envers les enfants des États-Unis,
- le Dr Kent Hymel, spécialiste des mauvais traitements envers les enfants des États-Unis.

## RÉSULTATS

La grande majorité des cas qui ont abouti à une condamnation et qui ont été examinés attentivement par l'Équipe n'ont pas fait l'objet d'allégations d'examen de médecine légale pédiatrique erronés ou d'allégations d'erreurs de la part de quelqu'un.

L'Équipe d'examen a cerné quatre cas problématiques, selon les rapports préparés par un comité médical international et les analyses des faits et circonstances étudiés par le comité dans chacun de ces cas. L'Équipe d'examen n'a pris aucune décision sur la culpabilité ou l'innocence de quiconque dans les cas qu'elle a examinés.

Ces renseignements ont été communiqués au procureur en chef de l'Ontario ainsi qu'au Bureau des avocats de la Couronne - Droit criminel du ministère pour étude et prise de mesures appropriées, dont la collaboration avec les avocats de la défense.

Lire [le rapport sur les cas de décès d'enfants dus au syndrome du bébé secoué en Ontario](#).

---

Nauman Khan, Bureau du ministre, 416-326-1785  
Brendan Crawley, Direction des communications,  
416-326-2210

**[ontario.ca/nouvelles-procureur-general](http://ontario.ca/nouvelles-procureur-general)**  
*Available in English*







